

20 años
BES 2005-2025

Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica

Salud

Instituto Nacional de Salud

Semana epidemiológica **52**

21 al 27 de diciembre del 2025

Salud

Instituto Nacional de Salud

20 años BES 2005-2025

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

Pág.

Tema central 3
Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica.

Situación nacional 7

Mortalidad 9

Eventos trazadores 16

Brotes y alertas 35

Tablas de mando por departamento 38

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

TEMA CENTRAL

Vigilancia epidemiológica rutinaria e intensificada de las lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco e intoxicaciones por licor adulterado con metanol.

Alejandra del Pilar Díaz, adiaz@ins.gov.co
Carmen Liliana Dominguez, polvora@ins.gov.co
Helena Patricia Salas, hsalas@ins.gov.co

Durante esta época de celebración, es fundamental fortalecer la vigilancia de las lesiones ocasionadas por el uso de pólvora pirotécnica y casos de intoxicación por licor adulterado con metanol. Informar a la comunidad sobre estos peligros resulta esencial para prevenir incidentes.

Las lesiones derivadas de la manipulación de pólvora pirotécnica pueden presentarse en distintas fases del ciclo de vida del producto, incluyendo la fabricación, almacenamiento, transporte, comercialización y uso inadecuado de artefactos pirotécnicos. La incidencia de estos eventos muestra un incremento durante los meses de diciembre y enero, en comparación con el resto del año, coincidiendo con la temporada de mayor consumo de licor. De igual forma, se observa un aumento en las intoxicaciones por fósforo blanco, con mayor prevalencia en la población pediátrica, debido a la disponibilidad de dispositivos pirotécnicos que contienen esta sustancia. Adicionalmente, se registra un incremento en el riesgo de intoxicación por metanol, asociado al consumo de bebidas alcohólicas adulteradas, fenómeno que también se intensifica en esta temporada festiva.

En respuesta a estos riesgos, el Instituto Nacional de Salud (INS) lidera el proceso de vigilancia intensificada de estos eventos de interés en salud pública desde el 01 de diciembre de cada año hasta la segunda semana epidemiológica del siguiente. Esta estrategia contempla la investigación de los casos notificados, evaluando su gravedad e impacto, con el propósito de monitorear en tiempo real el comportamiento de estos eventos, generar alertas oportunas, coordinar acciones de inspección, vigilancia y control, y activar la Sala de Análisis de Riesgo (SAR) ante la detección de comportamientos inusuales.

La vigilancia intensificada comprende la implementación de diversas estrategias, entre ellas la notificación inmediata mediante el registro en línea en Sivigila 4.0, la notificación negativa diaria en caso de ausencia de eventos y la articulación de información proveniente de fuentes de datos complementarias.

La vigilancia intensificada comprende la implementación de un conjunto de estrategias orientadas a garantizar la oportunidad, exhaustividad y calidad de la información reportada. Entre ellas se destacan: la notificación inmediata de los eventos mediante el registro en línea en Sivigila 4.0, asegurando la trazabilidad y disponibilidad en tiempo real, la notificación negativa diaria, en aquellos casos en los que no se presenten eventos, con el fin de mantener

la continuidad y consistencia del sistema de información y la articulación de información complementaria, proveniente de diversas fuentes de datos, que permite fortalecer el análisis integral y la capacidad de respuesta de los territorios.

Las alertas que se consideran durante esta temporada corresponden a las siguientes:

- Lesiones por pólvora pirotécnica, incluyendo: muertes, explosiones en sitios de fabricación, venta o almacenamiento de pólvora pirotécnica y situaciones ocurridas en el marco de eventos de afluencia masiva
- Intoxicaciones accidentales por fósforo blanco asociadas a artefactos pirotécnicos
- Intoxicaciones por consumo de bebidas adulteradas con metanol (por ejemplo, licor)

Ante la ocurrencia de estas situaciones, se establece la activación de Equipo de Respuesta Inmediata (ERI), ejecutar las acciones de investigación epidemiológica de campo (IEC) según corresponda, diligenciar el formato Sitrep (reporte de situación) para documentar el evento y, en caso necesario, activar la Sala de Análisis del Riesgo (SAR). Con estas medidas, el INS en coordinación de todas las secretarías de salud del nivel subnacional y la red de notificadores, permite proveer datos confiables y oportunos para que las autoridades competentes adopten decisiones efectivas orientadas a la reducción progresiva del número de lesionados por pólvora pirotécnica en el territorio nacional a los riesgos asociados a la temporada festiva, proteger la salud pública y garantizar una respuesta rápida y eficaz frente a estas emergencias.

Conforme a lo establecido en el parágrafo 2° del artículo 7 de la Ley 2224 de 2022, el INS participa activamente en la “Mesa de Prevención de Riesgos Asociados a la Actividad Pirotécnica”, liderada por el Ministerio del Interior, en la cual se realizan actividades de rol articulador que consiste en liderar la identificación oportuna de casos mediante la estrategia intensificada de vigilancia, a través de la gestión inmediata del flujo oportuno de información a todos los actores involucrados de la red de inspección, vigilancia y control. Además, contribuimos en la consolidación de datos para análisis epidemiológico, la generación de alertas tempranas y la difusión de recomendaciones preventivas dirigidas a los tomadores de decisiones y la comunidad en general.

a. Resultados temporada de vigilancia intensificada lesiones por pólvora pirotécnica e intoxicaciones 2025-2026 e intoxicaciones por fósforo blanco asociado a artefactos pirotécnicos y licor adulterado con metanol, corte al 29 de diciembre del 2025, 14 h.

Los datos de la temporada 2025 - 2026 son preliminares, y pueden variar por ajustes en la notificación desde las unidades primarias generadoras de datos.

Entre el 1 y el 29 de diciembre del 2025, con corte a las 14 h, se han notificado 986 casos de lesiones por pólvora pirotécnica en todo el territorio nacional, lo que representa una variación preliminar positiva del 18,7 % frente al mismo periodo de la temporada anterior. Del total de casos, 312 (31,6 %) corresponden a menores de 18 años; de, 32 (10,2 %) se encontraban acompañados por adultos bajo efectos del alcohol. A la fecha, no se han reportado muertes asociadas a lesiones por pólvora pirotécnica.

Figura 1. Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica, temporada 2025–2026, Colombia, corte 29 de diciembre de 2025, 14 h.



Fuente: Sivigila

Con relación al comportamiento en las entidades territoriales, se observa un aumento significativo de casos, con relación a la temporada anterior, en 17 entidades territoriales (Antioquia, Norte Santander, Cundinamarca, Cauca, Atlántico, Nariño, Barranquilla D. E., Valle del Cauca, Caldas, Cesar, Boyacá, Huila, Magdalena, Cartagena de Indias D. T., Buenaventura D. E., Casanare y Arauca) y en 124 municipios, de los cuales 15 registran el mayor incremento (Itagüí, Medellín D. E., Soledad, Sogamoso, Yopal, Argelia, Aguachica, Montería, Zona bananera, San José de Cúcuta, Ocaña, Tibú, Armenia, Pereira y Buga). En contraste, en Bogotá D. C. y La Guajira se observa variaciones negativas significativas con

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

relación a la temporada anterior. Durante el periodo de vigilancia intensificada para esta temporada, el 42 % de los días presentó incremento, siendo el 3, 16 y 17 de diciembre los de mayor aumento al superar por más de tres veces los registros históricos. Los días 7 y 24 de diciembre presentan aumento significativo (razón de 1,3). El tipo de lesión más frecuente es la quemadura (89,5 %), seguida por laceración (56,5 %). Los artefactos principalmente asociados a estas lesiones son “totes” (31,2 %), “voladores” (18,6 %) y “otros” (19,8 %). El comportamiento de las notificaciones por curso de vida, se observa una tendencia de incremento significativo con relación a las dos temporadas anteriores, principalmente en la población adulta y jóvenes. El grupo de 21 a 30 años registra el mayor incremento. Para la temporada actual, la mediana de edad se sitúa en 26 años, con un rango de 16 a 34 años (RIC=18).

Con relación a intoxicaciones por fósforo blanco, se han notificado 6 casos, lo que representa un incremento del 50 % frente al mismo periodo de la temporada anterior. Los casos se concentran en el Distrito de Barranquilla (3 casos), seguido por los departamentos de Santander, Magdalena y Huila, con un caso cada uno. En cuanto al perfil demográfico y clínico, el 66 % de los afectados (4 casos) corresponde a menores de 5 años. Por sexo, se registran 4 pacientes masculinos y 2 femeninos. No se han reportado muertes relacionadas a estas intoxicaciones y 4 de los pacientes ya han recibido el alta tras presentar mejoría clínica.

Figura 2. Vigilancia intensificada de las intoxicaciones por fósforo blanco y licor adulterado con metanol, temporada 2025–2026, Colombia, corte 29 de diciembre de 2025, 14 h.



Fuente: Sivigila

Actualmente, dos menores de edad permanecen bajo observación médica:

- **Caso 5 (Barranquilla D. E.):** paciente masculino de 5 años con antecedente de manipulación de "totes" e ingesta accidental de alimentos contaminados el 24 de diciembre. El cuadro clínico evolucionó el 25 de diciembre con palidez y pérdida de conciencia (síncope). Recibe atención médica en el centro Camino Ciudadela 20 de Julio.

- **Caso 6 (Neiva – Huila):** paciente masculino de 7 años con intoxicación secundaria a la ingesta de un "tote". Tras una atención inicial el 14 de diciembre por emesis, dolor abdominal e ictericia, fue reevaluado en segundo nivel de atención, por alteración severa de las pruebas de función hepática, tiempos de coagulación prolongados (INR incalculable) y encefalopatía hepática grado I. Ante el diagnóstico de insuficiencia hepática, fue trasladado a IPS de mayor complejidad en Bogotá D. C. el 20 de diciembre. Tras confirmar la etiología por fósforo blanco, el menor recibe manejo multidisciplinario con evolución clínica favorable.

Al corte de esta publicación, no se han reportado casos de intoxicaciones por licor adulterado con metanol.

Para más detalles y visualización de los datos actualizados, está disponible durante la temporada intensificada el tablero de control, que incluye el análisis de las principales variables del evento en portal Sivigila 4.0: https://portalsivigila.ins.gov.co/ .

Conclusiones

- En los resultados de la vigilancia de la temporada actual, se identifica un incremento preliminar del 18,7 % en la notificación nacional de lesiones por pólvora pirotécnica (n=986) respecto a la temporada 2024-2025, y no se han reportado muertes por pólvora pirotécnica. El análisis por curso de vida se observa un aumento significativo de casos en la población adulta joven.

- La vigilancia intensificada permitió identificar un aumento significativo de casos en 17 entidades territoriales y 124 municipios. Temporalmente, se registra una concentración del riesgo en el 42 % de los días de vigilancia, con picos de notificación los días 3, 16 y 17 de diciembre.

- Las intoxicaciones por fósforo blanco muestran una variación positiva del 50 % (6 casos de los cuales el 66 %, se presentó en menores de 5 años). No se han reportado casos de intoxicaciones por licor adulterado con metanol.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Recomendaciones

De acuerdo con las directrices de la Circular Conjunta N.º 035 del 2025 emitida por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud, para la vigilancia intensificada, prevención y atención de las lesiones ocasionada por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fosforo blanco y por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol y su vigilancia y control sanitario en la temporada del mes de diciembre del 2025 hasta el 17 de enero del 2026, se recomienda a todas las entidades territoriales del orden subnacional, junto con su red de prestación de servicios de salud y las aseguradoras de planes de beneficios:

1. Vigilancia intensificada: iniciar y mantener la vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco y por bebidas alcohólicas adulteradas con metanol, desde el 1 de diciembre del 2025 hasta el 17 de enero del 2026, en todos los niveles del sistema de salud.

2. Medidas de control: implementar acciones para vigilar y controlar el uso, fabricación, manipulación, transporte, almacenamiento, comercialización, compra, venta y expendio de pólvora, productos pirotécnicos, fuegos artificiales y globos aerostáticos de pirotecnia.

3. Prohibiciones específicas: garantizar la prohibición absoluta de:
   - Venta de artículos pirotécnicos a menores de edad y personas en estado de embriaguez.
   - Producción, fabricación, manipulación, uso y comercialización de artículos pirotécnicos o fuegos artificiales que contengan fósforo blanco.

4. Coordinación intersectorial: activar espacios de coordinación intersectorial, tales como los consejos departamentales, distritales y municipales para la Gestión del Riesgo, con el fin de implementar acciones de prevención, control y manejo de lesiones por pólvora e intoxicaciones por fósforo blanco.

5. Orientación comunitaria: incluir mecanismos de educación y sensibilización comunitaria sobre los riesgos asociados a la manipulación de pólvora, intoxicaciones por fósforo blanco y consumo de bebidas alcohólicas adulteradas con metanol.

6. Atención integral en salud: garantizar la atención integral para las personas afectadas, desde la atención inicial en urgencias hasta la fase de rehabilitación, en casos de lesiones por pólvora o sospecha de intoxicación por fósforo blanco o metanol.

7. Notificación inmediata: reportar de manera inmediata, a través de Sivigila 4.0 (captura en línea), todos los casos de:
   - Lesionados por pólvora pirotécnica (código INS 452).
   - Intoxicaciones por fósforo blanco o bebidas alcohólicas adulteradas con metanol (código INS 365).

8. Activación de equipos de respuesta:

Activar los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) según la valoración del riesgo local, manteniéndolos en alistamiento permanente para intervenir en situaciones críticas, tales como:

- Intoxicaciones por fósforo blanco o metanol.
- Lesionados por pólvora con desenlace fatal.
- Explosiones en sitios de fabricación o almacenamiento.
- Eventos de afluencia masiva con presencia de pólvora.
- Otras situaciones definidas en los protocolos vigentes.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

SITUACIÓN NACIONAL

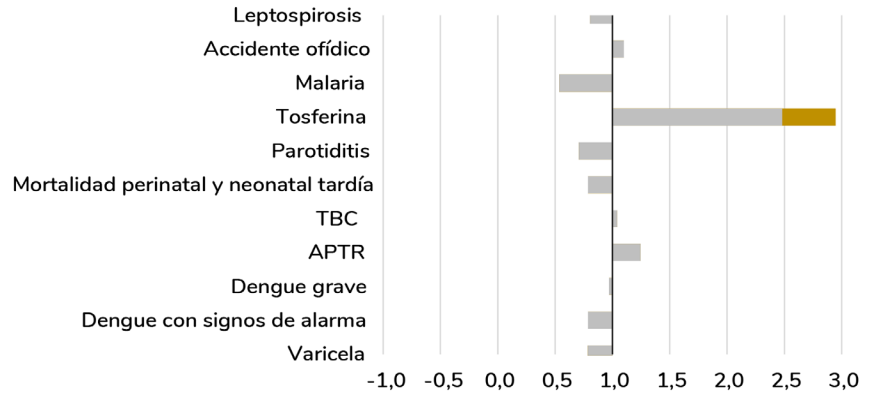
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Para la semana epidemiológica 52 del 2025, se identifica que el evento Tos ferina se encontró por encima de lo esperado, los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025.



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

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, a Semana Epidemiológica 52 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	199 114	164 730	1,42	0,16

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

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

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

En la semana epidemiológica 52 del 2025, el evento de mortalidad por dengue se encuentra por encima de lo esperado, mientras que el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	7	3	0,02
Leishmaniasis cutánea	8	64	0,00
Lepra	1	3	0,13
Zika	3	2	0,18
Chicungunya	0	2	0,20
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	1	0,37
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,37

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

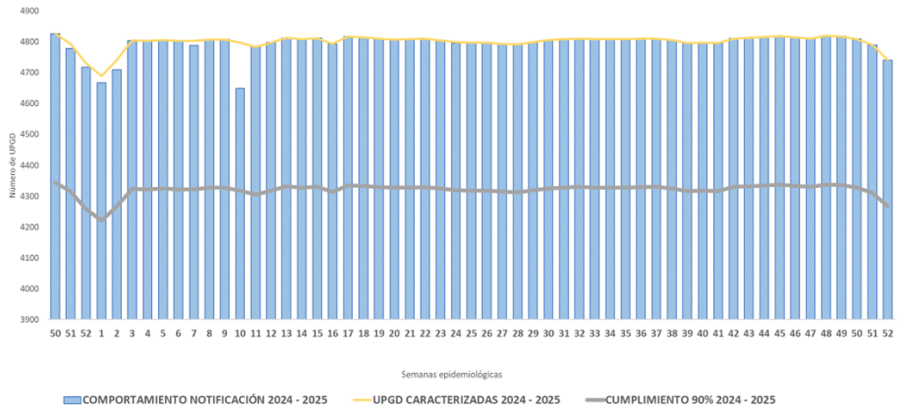
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 52 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 /1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana 52 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 % (4 741 / 4 741); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y un incremento del 0,30 % a la semana 52 del año 2024. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).
A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 4).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025



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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos y que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis[1].

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

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

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

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

A semana epidemiológica 52 del 2025, se han notificado 729 muertes probables en menores de cinco años: 433 por infección respiratoria aguda (IRA), 187 por desnutrición (DNT) aguda y 109 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, diez casos de IRA, nueve de DNT aguda y dos de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 52 del 2025 se han notificado 708 fallecimientos (423 por IRA, 178 por DNT aguda y 107 por EDA); de estos, 420 casos han sido confirmados, 133 han sido descartados y 155 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 52, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 52 2025			Casos en estudio a SE 52 2025			Tasa a SE 52 2024			Tasa a SE 52 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	127	228	65	30	100	25	5,65	8,71	3,46	3,44	6,18	1,76
Amazonas	0	2	0	0	0	0	20,56	30,84	10,28	0,00	20,59	0,00
Antioquia	4	30	2	4	14	3	4,18	6,50	1,86	0,94	7,06	0,47
Arauca	1	1	0	1	1	0	4,17	12,50	0,00	4,23	4,23	0,00
Atlántico	3	0	0	0	3	2	5,83	10,00	0,83	2,52	0,00	0,00
Barranquilla	0	2	2	0	1	0	2,33	6,98	1,16	0,00	2,40	2,40
Bogotá D. C.	0	16	0	0	7	0	0,00	5,65	0,23	0,00	3,69	0,00
Bolívar	1	6	0	1	1	1	2,68	9,82	1,79	0,90	5,41	0,00
Boyacá	0	6	3	1	2	0	0,00	5,86	0,00	0,00	7,11	3,56
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	4	1	8,83	8,83	8,83	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	1	1	0	0	0	0,00	5,17	1,72	0,00	1,75	1,75
Santiago de Cali D. E.	0	7	1	1	2	0	0,85	5,93	0,00	0,00	6,08	0,87
Caquetá	2	2	0	1	3	1	7,47	17,44	2,49	5,03	5,03	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	9	1	0	0	0	2,52	10,10	1,26	1,30	11,69	1,30
Casanare	1	0	0	0	0	0	2,55	7,65	2,55	2,57	0,00	0,00
Cauca	0	6	4	2	3	1	0,80	6,43	2,41	0,00	4,87	3,25
Cesar	11	7	3	1	1	0	8,14	7,40	3,70	8,16	5,19	2,23
Chocó	36	27	14	10	11	6	56,74	55,21	58,27	55,37	41,52	21,53
Córdoba	9	10	3	0	3	1	4,06	6,96	1,74	5,27	5,85	1,76
Cundinamarca	0	13	0	0	8	1	0,00	3,54	0,00	0,00	5,73	0,00
Guainía	2	2	1	0	0	0	0,00	67,82	27,13	26,72	26,72	13,36
Guaviare	0	2	1	0	0	0	11,76	11,76	0,00	0,00	23,81	11,91
Huila	1	2	0	0	2	0	0,93	4,64	0,00	0,94	1,87	0,00
La Guajira	28	18	13	1	11	3	45,29	33,74	23,09	24,95	16,04	11,58
Magdalena	7	9	1	0	2	0	14,19	12,01	1,09	7,71	9,91	1,10
Meta	2	6	2	2	0	0	8,04	5,74	3,45	2,32	6,96	2,32
Nariño	2	9	1	0	2	0	2,34	2,34	0,78	1,58	7,11	0,79
Norte de Santander	0	3	1	0	2	0	3,37	3,37	1,68	0,00	2,56	0,85
Putumayo	0	1	0	0	1	1	2,98	5,95	2,98	0,00	2,98	0,00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0,00	6,43	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	1	5	7	4	5	0	13,17	13,17	13,17	1,67	8,35	11,69
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Marta D. T.	2	3	0	0	2	1	0,00	2,25	4,49	4,54	6,81	0,00
Santander	0	2	0	0	0	0	0,64	3,84	4,48	0,00	1,30	0,00
Sucre	1	5	0	0	1	0	10,17	7,91	0,00	1,14	5,69	0,00
Tolima	0	2	0	0	3	0	0,00	6,39	2,13	0,00	2,15	0,00
Valle del Cauca	1	5	0	0	2	1	2,25	7,48	1,50	0,76	3,80	0,00
Vaupés	2	4	4	0	3	1	36,48	36,48	18,24	36,42	72,83	72,83
Vichada	8	4	0	1	0	0	49,56	68,15	6,20	48,18	24,09	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2025 preliminares. SE: semana epidemiológica
Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 423 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 153 confirmadas por clínica y 75 por laboratorio, 95 descartadas y 100 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 6,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 52 fueron 325, para una tasa de mortalidad de 8,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 52 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Atlántico, Bogotá D. C., Bolívar, Casanare, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Meta y Santander y, a nivel municipal, en Cáceres, Rionegro, Soledad, Güicán de La Sierra, Valledupar, Pueblo Bello, Facatativá, Soacha, Lloró, Ciénaga, Villavicencio y San Andrés de Tumaco D. E.. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

Los principales agentes etiológicos identificados fueron *Rhinovirus*, *Virus Sincitial Respiratorio*, *Enterovirus*, *Haemophilus influenzae B*, *Staphylococcus Aureus*, *Adenovirus*, *Bordetella pertussis*, *Influenza A*, *Streptococcus pneumoniae y Moraxella catarrhalis* (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 52, 2024–2025.

Agente etiológico	2024						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Rhinovirus	14	7	5	2	2	30	14	2	7	0	0	23
Virus Sincitial Respiratorio	38	5	1	1	0	45	18	2	2	1	0	23
Enterovirus	8	6	3	2	1	20	13	1	5	0	0	19
Haemophilus influenzae B	5	3	2	0	0	10	8	3	0	0	0	11
Staphylococcus aureus	12	2	2	2	0	18	8	1	2	0	0	11
Adenovirus	10	6	2	0	0	18	6	0	2	1	1	10
Bordetella pertussis	2	1	0	0	0	3	10	0	0	0	0	10
Influenza A	7	3	0	0	3	13	7	0	2	1	0	10
Streptococcus pneumoniae	5	4	3	3	1	16	6	2	2	0	0	10
Moraxella catarrhalis	4	1	2	2	1	10	4	3	1	0	0	8
SARS-CoV2	10	2	0	0	0	12	6	1	0	1	0	8
Influenza B	1	2	0	0	1	4	1	2	0	0	0	3
Klebsiella pneumoniae	5	1	1	0	1	8	2	1	0	0	0	3
Metapneumovirus	5	1	1	1	0	8	3	0	0	0	0	3
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 4	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
Pseudomona aeruginosa	3	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	2
Mycoplasma pneumoniae	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Enterobacter cloacae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total	138	45	24	14	10	231	112	20	23	5	1	161

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 178 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 127 fueron confirmadas, 21 descartadas y 30 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 52 fue de 211, para una tasa de mortalidad de 5,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 52 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Barranquilla D. E., Bolívar, Cesar, Chocó, Cundinamarca,

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

La Guajira, Magdalena, Norte de Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Agustín Codazzi, Alto Baudó, Bojayá, Lloró, Riohacha D. E.y Maicao. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran y dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las tablas de mando del BES.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 107 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 5 confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos *E. Coli, Norovirus, Adenovirus y Klebsiella pneumoniae*), 60 confirmadas por clínica, 17 descartadas y 25 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 52 fue de 129 para una tasa de mortalidad de 3,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 52 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba, La Guajira, Vaupés y Vichada y, a nivel municipal, en Bajo Baudó, Lloró, Uribia y Mitú. 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 definiciones[1]:

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

En el país se realiza la vigilancia de la muerte materna que incluye la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna temprana[2].

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

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

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

2. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. https://doi.org/10.33610/UFOZ8779

En la semana epidemiológica 52 del año 2025 se notificaron al Sivigila nueve casos: cuatro muertes maternas tempranas, tres muertes maternas coincidentes y dos muertes maternas tardías. El país acumula 200 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 191 residen en territorio colombiano y nueve residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 52, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	261	151	60	472
2023	226	156	77	459
2024	196	127	43	366
2025p	191	130	42	363

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

A la semana epidemiológica 52 de 2025 se han reportado muertes maternas tempranas en 32 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Bogotá D. C, La Guajira, Antioquia, Cesar y Norte de Santander. En comparación con el promedio histórico 2021–2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional y en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá D. C., Bolívar, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Cordoba, Cundinamarca, Guainía, La Guajira y Norte de Santander. Las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Dibulla (La Guajira), Bagadó (Chocó), Segovia (Antioquia), Abrego (Norte de Santander) y Maicao (La Guajira) comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 52 del año 2025, el 62,3 % corresponden a causas directas y el 32,5 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo y hemorragia obstétrica con el 18,3 % cada una (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 52, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 52	Acumulado de casos a SE 52	
		2024	2025
Colombia	**285**	**196**	**191**
Bogotá D. C.	27	20	19
La Guajira	24	23	18
Antioquia	24	16	17
Cesar	13	11	13
Norte de Santander	8	5	12
Chocó	14	15	9
Magdalena	11	5	9
Nariño	13	10	9
Atlántico	9	5	8
Cundinamarca	14	13	8
Barranquilla D. E.	6	4	6
Córdoba	13	7	6
Santander	8	5	6
Santiago de Cali D. E.	7	5	5
Huila	6	7	5
Meta	8	7	5
Bolívar	11	3	4
Casanare	3	1	4
Boyacá	4	2	3
Guainía	1	0	3
Santa Marta D. T.	7	2	3
Tolima	7	4	3
Caquetá	3	0	2
Cartagena de Indias D. T.	8	0	2
Putumayo	3	4	2
Risaralda	4	2	2
Sucre	6	2	2
Valle del Cauca	6	3	2
Buenaventura D. E.	3	3	1
Cauca	8	7	1
Quindío	2	0	1
Vichada	4	3	1
Arauca	2	0	0
Caldas	3	1	0
Guaviare	1	0	0
Vaupés	1	1	0
Amazonas	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0

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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 51	Valor observado SE 52
Colombia	**285**	**191**
Dibulla (La Guajira)	0	3
Bagadó (Chocó)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Abrego (Norte de Santander)	0	2
Yalí (Antioquia)	0	1*
Solita (Caquetá)	0	1*
Ubaté (Cundinamarca)	0	1*
Puerto Colombia (Guainía)	0	1*
Sabana de Torres (Santander)	0	1*
Maicao (La Guajira)	6	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2024, datos preliminares 2025. SE: semana epidemiológica.
*Municipios que en el promedio histórico 2021 – 2024 no presentaron muertes maternas tempranas

Tabla 8 Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 52	Número de casos y proporción a SE 52 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	**211**	**226**	**100**	**196**	**100**	**191**	**100**
DIRECTA	**138**	**153**	**67,7**	**123**	**62,8**	**119**	**62,3**
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	40	44	19,5	35	17,9	35	18,3
Hemorragia obstétrica	38	37	16,4	39	19,9	35	18,3
Sepsis obstétrica	15	19	8,4	11	5,6	15	7,9
Evento tromboembólico como causa básica	18	24	10,6	11	5,6	13	6,8
Embarazo ectópico	11	11	4,9	10	5,1	7	3,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	6	5	2,2	6	3,1	7	3,7
Embolia de líquido amniótico	4	4	1,8	4	2,0	4	2,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,3	3	1,5	3	1,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	2	1	0,4	2	1,0	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,4	1	0,5	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	3	4	1,8	1	0,5	0	0,0
INDIRECTA	**67**	**69**	**30,5**	**65**	**33,2**	**62**	**32,5**
Otras causas indirectas	28	26	11,5	29	14,8	23	12,0
Otras causas indirectas: neumonía	10	13	5,8	7	3,6	21	11,0
Sepsis no obstétrica	11	12	5,3	10	5,1	8	4,2
Otras causas indirectas: cáncer	10	10	4,4	9	4,6	5	2,6
Otras causas indirectas: malaria	1	2	0,9	0	0,0	3	1,6
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,3	4	2,0	1	0,5
Otras causas indirectas: dengue	3	2	0,9	4	2,0	1	0,5
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,5	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,4	1	0,5	0	0,0
Desconocida / indeterminada	**2**	**2**	**0,9**	**1**	**0,5**	**1**	**0,5**
En estudio	**5**	**2**	**0,9**	**7**	**3,6**	**9**	**4,7**

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a la ocurrida en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a la ocurrida después de los siete días hasta el día 28 de vida[1]. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia (n <=30 acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson, y para los departamentos y distritos con alta frecuencia (n >30 acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2020 y 2024 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos (p<0,05). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal[2].

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

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

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

A semana epidemiológica 52 del 2025 se han notificado 5 728 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 5 666 corresponden a residentes en Colombia y 62 a residentes en el exterior. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (675), Antioquia (667), Cundinamarca (372), Santiago de Cali D. E. (268), Córdoba y La Guajira (258 cada uno). Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 52 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decremento en Chocó y Putumayo. El nivel nacional, al igual que las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).

Respecto al análisis desagregado a nivel municipal, se encontraron diferencias

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

estadísticamente significativas al aumento respecto al promedio histórico en: Agustín Codazzi (Cesar), Garzón (Huila), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), Altos del Rosario (Bolívar), Aguazul (Casanare), Villapinzón (Cundinamarca), Cota (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), Puerto Triunfo (Antioquia), Restrepo (Meta), Abejorral (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Barranco de Loba (Bolívar), (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 43,5 %, seguido de las neonatales tempranas con 28,5 %, neonatales tardías con 18,2 % y fetales intraparto con 9,8 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,5 %, seguido de prematuridad e inmaturidad con el 17,0 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,5 % (tabla 3). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 52 del 2025 (datos preliminares) frente a 2024 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 52, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 52	Acumulado de casos a SE 52	
		2024	2025
Colombia	**7 984**	**5 836**	**5 666**
Bogotá D. C.	881	737	675
Antioquia	888	655	667
Cundinamarca	426	367	372
Santiago de Cali D. E.	308	262	268
Córdoba	414	263	258
La Guajira	423	292	258
Cesar	281	182	198
Nariño	214	188	175
Valle del Cauca	213	174	173
Cartagena de Indias D. T.	266	172	171
Barranquilla D. E.	311	184	170
Cauca	260	176	169
Meta	188	144	167
Bolívar	230	142	164
Santander	246	163	158
Norte de Santander	248	153	148
Magdalena	194	155	136
Huila	179	130	132
Atlántico	253	154	131
Tolima	169	121	117
Boyacá	144	110	114
Chocó	197	153	108
Sucre	195	136	107
Risaralda	116	90	79
Buenaventura D. E.	83	53	73
Caldas	99	84	71
Santa Marta D. E.	99	47	66
Caquetá	66	44	59
Casanare	81	56	57
Quindío	63	48	43
Arauca	65	37	40
Putumayo	62	57	39
Vichada	41	36	33
Amazonas	18	14	20
Guainía	19	15	14
Vaupés	16	15	13
Guaviare	14	11	12
Archipiélago de San Andrés y Providencia	14	16	11

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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 52 2020 - 2024	Valor observado a SE 52 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	**7 984**	**5 666**	-
Agustín Codazzi (Cesar)	19	28	33
Garzón (Huila)	12	17	2
Tocancipá (Cundinamarca)	8	15	25
Timbiquí (Cauca)	6	12	26
Altos del Rosario (Bolívar)	3	8	12
Aguazul (Casanare)	4	8	48
Villapinzón (Cundinamarca)	3	8	16
Cota (Cundinamarca)	4	8	3
Tenjo (Cundinamarca)	2	7	20
Puerto Triunfo (Antioquia)	2	6	6
Restrepo (Meta)	2	6	5
Abejorral (Antioquia)	2	5	14
Buriticá (Antioquia)	1	5	14
Barranco de Loba (Bolívar)	2	5	3

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 51, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 52, 2023 -2025					
	2023 a SE 52	(%)	2024 a SE 52	(%)	2025 a SE 52	(%)
Colombia	**6 965**	**100,0**	**5 836**	**100,0**	**5 666**	**100,0**
Asfixia y causas relacionadas	1 722	24,7	1 524	26,1	1 445	25,5
Prematuridad-inmaturidad	1 247	17,9	963	16,5	963	17,0
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	1 079	15,5	864	14,8	766	13,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	730	10,5	662	11,3	519	9,2
Infecciones	620	8,9	505	8,7	492	8,7
Malformación congénita	636	9,1	532	9,1	448	7,9
Otras causas de muerte	428	6,1	381	6,5	324	5,7
Sin información	73	1,0	0	0,0	311	5,5
Causas no específicas	168	2,4	170	2,9	174	3,1
Trastornos cardiovasculares	173	2,5	176	3,0	166	2,9
Lesión de causa externa	64	0,9	26	0,4	30	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	25	0,4	33	0,6	28	0,5

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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 52 del 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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

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

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

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

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una variación porcentual negativa en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa, urgencias, hospitalizaciones en sala general y en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior; la cual no es estadísticamente significativa (-30 %) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 45 a 52 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 45 a SE 48 2025	SE 49 a SE 52 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	526 404	481 090	-8,61%	
Hospitalización en sala general	22 189	21 751	-1,97%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 874	2 661	-7,41%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 52 del 2025 se notificaron 100 985 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2021), se observó incremento en Chocó, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D. T. y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Arauca, Caquetá, Guainía, Guaviare y Huila. Las 27 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (48 a 51 del 2025) en 26 municipios (tabla 13).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 49 a 52 del 2025

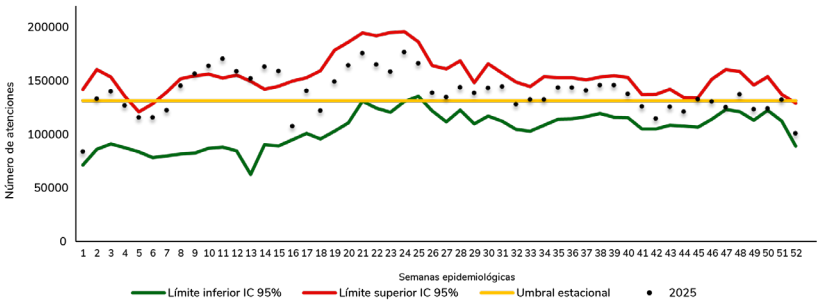
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	61 254	79 379	1 868	7 461
Antioquia	Itagüí	82 884	82 749	4 265	6 837
Atlántico	Soledad	98 153	97 986	6 846	6 248
Antioquia	Bello	75 865	63 438	5 073	5 671
Cundinamarca	Soacha	79 029	82 172	3 129	5 284
Cundinamarca	Chía	65 695	57 474	3 000	3 640
Antioquia	Rionegro	29 769	36 812	2 288	3 453
La Guajira	Uribia	56 747	53 109	1 649	3 317
Antioquia	Envigado	24 504	27 033	1 956	2 779
Valle del Cauca	Palmira	29 636	28 353	1 529	2 296
Santander	Floridablanca	28 441	33 296	1 706	2 018
Risaralda	Dosquebradas	28 352	29 625	971	1 936
Santander	Barrancabermeja D. E.	20 077	30 283	644	1 621
Bolívar	Magangué	17 448	23 547	925	1 617
Magdalena	Ciénaga	25 257	23 658	718	1 539
Córdoba	Sahagún	25 526	25 154	1 145	1 448
Cundinamarca	Zipaquirá	22 095	23 902	1 221	1 437
Boyacá	Duitama	26 706	22 053	1 473	1 341
Córdoba	Cereté	18 172	19 474	703	1 244
Valle del Cauca	Yumbo	14 211	15 145	1 071	1 182
Boyacá	Sogamoso	16 939	21 133	1 075	1 154
Córdoba	Lorica	16 108	16 597	769	1 120
Antioquia	Apartadó	17 488	17 779	911	1 109
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	9 026	7 968	718	1 088
Valle del Cauca	Cartago	16 857	16 920	330	1 056
Antioquia	Turbo	14 686	15 523	732	1 032
Cundinamarca	Facatativá	22 539	17 545	1 148	1 031
Cundinamarca	Girardot	20 890	20 930	1 050	1 024
Norte de Santander	Ocaña	16 225	17 222	377	932
Cundinamarca	Madrid	19 413	14 726	547	891
Valle del Cauca	Tuluá	17 211	13 081	526	846
Cundinamarca	Funza	14 890	16 811	1 136	812
Cesar	Aguachica	9 682	11 967	822	717
Casanare	Yopal	15 469	14 697	688	696
Santander	Piedecuesta	6 761	10 497	232	625
Huila	Pitalito	12 012	13 004	400	597
Cauca	Santander De Quilichao	12 633	10 932	803	574
Atlántico	Malambo	9 290	8 057	337	555
Norte de Santander	Villa Del Rosario	5 427	6 270	294	436
Cundinamarca	Mosquera	6 350	7 647	311	434
Santander	Girón	8 291	8 234	116	399
Cauca	Guapi	3 037	5 068	197	332
Nariño	La Florida	743	756	68	42

Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (49 a 52 del 2025), por grupos de edad: las personas entre 20 a 39 años representaron el 35,6 % (135 525) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 18,3 % (69 913). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 11,4 % y los menores de dos a cuatro años con el 10,1 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; posteriormente de las semanas 16 a la 52 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican dentro de los limites esperados (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 52 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 52 del 2025 se notificaron 5 323 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali D. E., Chocó, Guainía, La Guajira, Norte de Santander y Putumayo e incremento en Amazonas, Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Guaviare, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

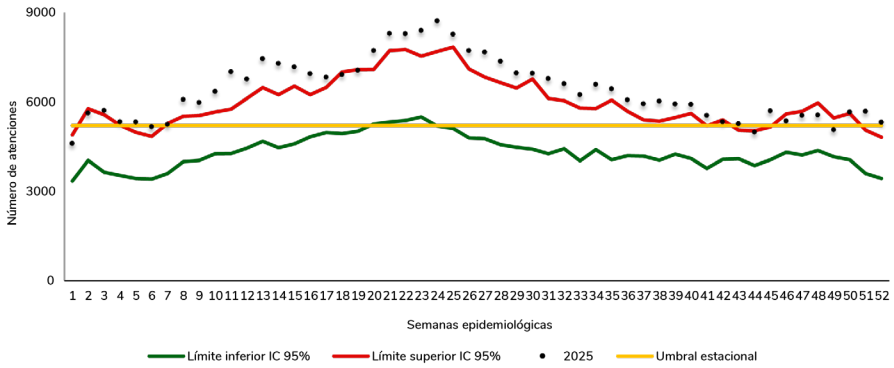
En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (49 a 52 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 817) representaron el 41,5 %, seguido de los menores de un año con el 22,2 % (3 651). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con 25,6 %

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,7 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, se evidenció que las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior durante la mayoría de las semanas epidemiológicas, con excepción de las semanas 18 y 19. A partir de la semana 25 y hasta la semana 49 se observó una disminución ubicándose por debajo o sobre el límite superior; no obstante, en la semana 50 y 52 se identificó nuevamente una tendencia al incremento, superando el límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 52 del 2025

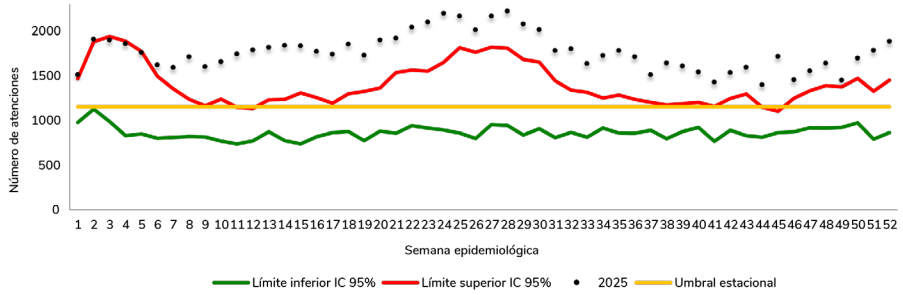


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 52 del 2025, se notificaron 1 886 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde la semana epidemiológica 06 hasta la 52 se ubicó por encima del límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológica 01 a 52 del 2025



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

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

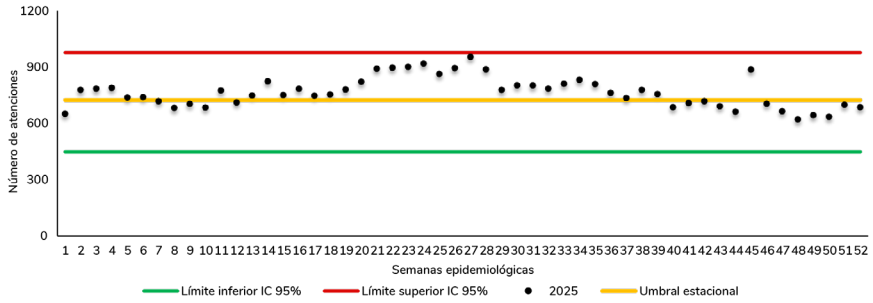
En la semana epidemiológica 52 del 2025 se notificaron 685 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Caldas, Cauca, Chocó, Córdoba, Huila, Quindío, Santa Marta D. T., Tolima y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Casanare y Guaviare. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (49 a 52 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,5 % (977), seguido de los menores de un año con el 21,2 % (601) de las hospitalizaciones en este servicio. 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 menores de dos a cuatro años con el 20,5 %, seguido de los niños de un año con el 18,7 %.

En el gráfico de control de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, a nivel nacional se observa, desde la semana epidemiológica 13 hasta la 39, una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior en la semana 28. Posteriormente, entre las semanas epidemiológicas 40 a 52 se evidencia una disminución, con valores que se ubican por debajo del umbral estacional, exceptuando la semana 45, en las cuales se registran nuevamente valores por encima de dicho umbral (figura 8).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Figura 8 Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 52 del 2025

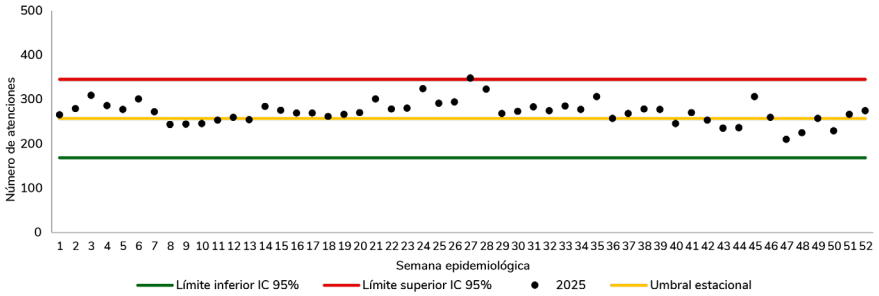


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 52 del 2025, se notificaron 274 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidenció para esta semana que se ubica por encima del umbral estacional (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 52 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 49 a 52 de 2025 se observó una variación porcentual negativa en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias y hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM para semana 52 se encontraron dentro de los limites esperado; no obstante, el servicio de hospitalización en sala general se ubicó por encima del límite superior del canal endémico.

El comportamiento observado en las atenciones por IRA se encuentra estrechamente relacionado con factores ambientales y climáticos que influyen en la estacionalidad y la transmisión de los virus respiratorios, por lo cual resulta pertinente analizarlo en el contexto de las condiciones climáticas actuales del territorio nacional. Según el IDEAM, diciembre es un mes de transición climática, con disminución gradual de las lluvias en la región Andina y parte del Caribe; sin embargo, se mantienen condiciones de alta humedad en la región Pacífica y un aumento progresivo de las precipitaciones en la Amazonía, lo que favorece la circulación de virus respiratorios[1].

Este escenario climático adquiere especial relevancia en el contexto de la alerta epidemiológica emitida por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la cual advierte un aumento de la actividad de influenza estacional a nivel global hacia la semana epidemiológica 45 de 2025, con predominio de influenza tipo A, situación que podría incrementar la demanda de servicios hospitalarios, particularmente en los servicios de hospitalización en sala general y UCI/UCIM[2]. Esta situación, sumada a las condiciones ambientales descritas y a la evidencia de circulación de influenza A(H3N2) en el país, podría incrementar la demanda de servicios de salud, particularmente en los servicios de hospitalización en sala general y en las unidades de cuidado intensivo (UCI/UCIM), especialmente en poblaciones de mayor riesgo.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado y considerando la estacionalidad del evento, así como el desarrollo del segundo pico respiratorio se insta a las entidades territoriales a:

- 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).

[1] Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Boletín de predicción climática y recomendación sectorial: diciembre 2025 – febrero 2026. Publicación N.º 370. Bogotá, D.C.: IDEAM; 2025.
[2] Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: Influenza estacional en la Región de las Américas: cierre de la temporada 2025 del hemisferio sur e inicio de la temporada 2025-2026 del hemisferio norte. Washington, D.C.: OPS/OMS; 4 de diciembre de 2025.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

- 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.

- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permita la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar; con énfasis en poblaciones vulnerables, (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes).

- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional, como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas.

- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

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

En Colombia, la positividad para virus influenza se ha mantenido en promedio cercano al 10,0 % durante el año, con fluctuaciones semanales y mayor intensidad durante las primeras seis semanas epidemiológicas. En cuanto a los subtipos, se observa circulación concurrente de A(H1N1) y A(H3N2), con predominio de A(H1N1) durante el segundo semestre del 2025. En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 52, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un incremento en la circulación de Influenza A y una disminución en parainfluenza, mientras que los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

Tabla 14. *Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 45 a 52 del 2025*

Agente viral identificado	SE 45 a SE 48			SE 49 a SE 52			*Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	**63,5**	**59,0**	**40,4**	**54,3**	**62,4**	**40,0**	
Rinovirus	16,8	15,6	13,9	14,7	15,2	2,9	
VSR	19,9	28,3	5,6	20,4	29,8	2,9	
Enterovirus	7,9	7,5	2,8	6,5	5,3	8,8	
Adenovirus	10,0	11,6	-	6,1	8,6	-	
Influenza B	0,3	-	-	0,4	-	-	
Influenza A	9,3	2,9	27,7	15,1	5,3	38,2	
Parainfluenza	12,7	17,3	5,6	8,2	10,6	5,9	
Metapnemovirus	6,5	5,2	13,8	9,8	11,3	11,8	
A(H1N1)pdm09	7,9	2,9	16,6	10,2	5,3	20,6	
SARS-CoV2	3,1	2,9	11,1	2,9	4,0	2,9	
A(H3N2)	2,1	1,7	2,8	2,9	2,0	2,9	
Coronavirus	3,4	4,0	-	2,9	2,6	2,9	

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*

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

COVID-19

Metodología

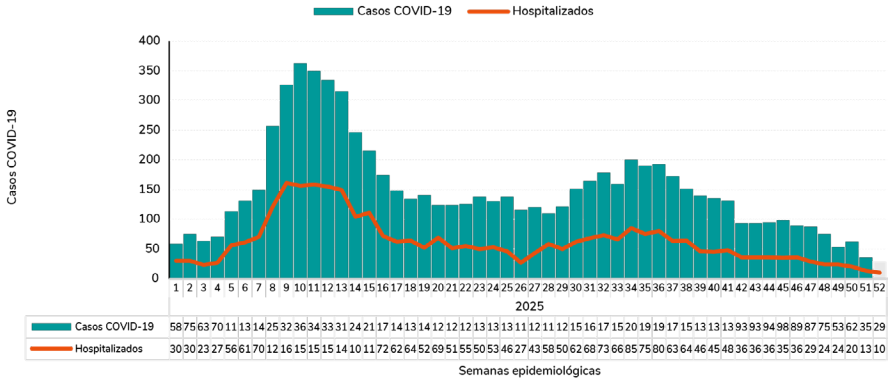
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 52 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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

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

En Colombia, con corte al 27 de diciembre de 2025 (semana epidemiológica 52) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al SIVIGILA un total de 7 674 casos de COVID-19 (7 650 de procedencia Colombia y 24 casos exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (49 a 52 del 2025), se ha observado una disminución del 48,71 %, con 179 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 45 a 48 del 2025), en el cual se reportaron 349 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 46,0 % pasando de 124 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 67 casos en el periodo analizado (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de COVID-19. Colombia, Semana Epidemiológica 01-52 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:1- 52
**SE: semana epidemiológica*

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 49-52), se registró una incidencia de 0,34 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 26 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 66 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 45-48), se evidencia un aumento en la notificación de COVID-19 a nivel departamental en Santander.

Entre las semanas epidemiológicas (45-48) y (49-52) se evidenció una disminución de casos de COVID-19 en todos los grupos de edad. Las reducciones más marcadas se observaron en el grupo de 10 a 19 años (-78,6 %), seguido de 5 a 9 años (-78,3 %), 90 a 99 años (-71,4 %), 20 a 29 años (-73,0 %) y 80 a 89 años (-60,0 %). En menores de un año la reducción fue del 54,8 % (tabla 15).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 15. Comportamiento de COVID-19 por grupos de edad en Colombia, Semana Epidemiológica 01-52 del 2025

Grupos de edad	SE 45-48	SE 49-52	Variación porcentual	Tendencia
Menor de un año	104	47	-54,81	
1 año	20	12	-40,00	
2 a 4 años	21	10	-52,38	
5 a 9 años	23	5	-78,26	
10 a 19 años	28	6	-78,57	
20 a 29 años	37	10	-72,97	
30 a 39 años	52	21	-59,62	
40 a 49 años	23	9	-60,87	
50 a 59 años	33	13	-60,61	
60 a 69 años	45	19	-57,78	
70 a 79 años	46	17	-63,04	
80 a 89 años	20	8	-60,00	
90 a 99 años	7	2	-71,43	
Mayor a 100 años	0	0	0,00	

Fuente: Sivigila, 2025. SE:45- 52

Durante 2025, en Colombia se han notificado 140 fallecimientos asociados a COVID-19 (137 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,26 fallecimientos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En las últimas cuatro semanas se presentaron tres fallecimientos: dos en Bogotá D. C. y uno en Huila.

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 52 del 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las siguientes definiciones de caso establecidas en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento[1]:

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

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

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

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

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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

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 52 del 2025 se notificaron 2 053 casos de dengue: 1 309 casos de esta semana y 744 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 123 745 casos, 76 592 (61,9 %) sin signos de alarma, 45 936 (37,1 %) con signos de alarma y 1 217 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,4 % (71 088) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Meta, Córdoba, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D. T., Tolima, Atlántico y Bolívar (tabla 16); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025) el 58,0 % (4 854) de los casos se concentran en Cartagena de Indias D. T., Santa Marta D. T., Santander, Meta, Cesar, Norte de Santander, Barranquilla D. E., y Atlántico.

Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025.

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 44-47 de 2025)	Observado (SE 48-51 de 2025)
Santander	11 087	33,1	0,6	582	603
Meta	10 418	33,3	1,2	451	596
Córdoba	10 403	37,5	0,3	326	263
Norte de Santander	8 739	40,6	1,3	599	537
Antioquia	8 115	34,9	0,9	305	304
Cartagena de Indias D. T.	7 222	23,7	1,1	696	1 005
Tolima	5 762	32,9	1,0	271	344
Atlántico	4 841	44,8	1,5	439	454
Bolívar	4 501	38,8	0,8	396	378
Valle del Cauca	4 500	26,1	0,5	227	253
Cesar	4 199	55,2	1,6	509	539
Cundinamarca	3 782	39,7	0,6	98	122
Sucre	3 695	57,3	0,8	119	136
Barranquilla D. E.	3 688	38,0	1,2	371	480
Santiago de Cali D. E.	3 375	34,7	0,7	157	201
La Guajira	3 305	58,4	1,5	283	299
Huila	3 270	35,7	3,1	73	149
Putumayo	2 962	28,0	0,7	73	83
Arauca	2 581	32,4	0,9	88	93
Magdalena	2 458	57,2	0,9	248	401
Caquetá	2 304	39,8	1,3	26	26
Santa Marta D. T.	1 661	47,4	0,7	342	640
Casanare	1 522	31,5	0,4	35	45
Chocó	1 216	17,5	1,0	99	57
Nariño	1 167	33,8	1,4	64	48
Risaralda	1 101	35,5	1,4	31	22
Guaviare	1 044	21,4	0,6	22	44
Cauca	1 027	37,2	1,6	23	27
Quindío	948	27,7	0,2	55	54
Vichada	730	31,2	0,5	12	11
Boyacá	711	45,6	0,1	16	44
Amazonas	432	27,1	0,2	39	40
Caldas	316	49,7	0,3	12	10
Exterior	298	50,7	5,0	12	21
Buenaventura D. E.	205	35,1	2,0	12	6
Vaupés	65	15,4	1,5	3	16
Archipiélago de San Andrés y Providencia	56	41,1	0,0	3	3
Guainía	39	43,6	0,0	0	8
Colombia	**123 745**	**37,1**	**1,0**	**7 117**	**8 362**

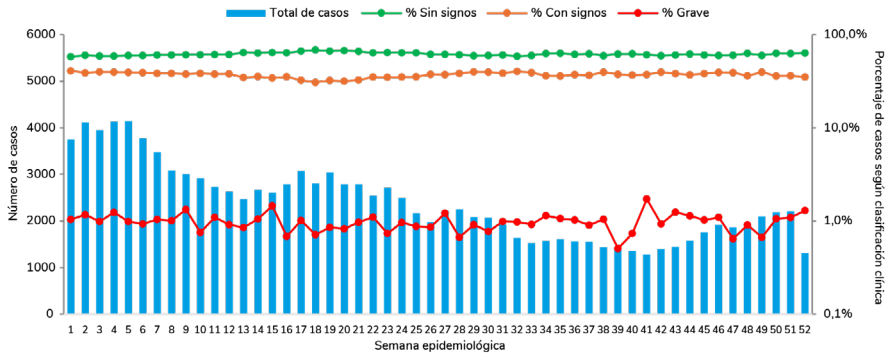
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 SE: Semana Epidemiológica

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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 el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 44 a 47 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Boyacá, Cartagena de Indias D. T., Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Santa Marta D. T., y Vaupés; Buenaventura D. E. y Chocó presentan una tendencia al descenso superior al 30,0 %; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38 % a nivel nacional (figura 11); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025) fueron: Cesar, Magdalena, Sucre y La Guajira.

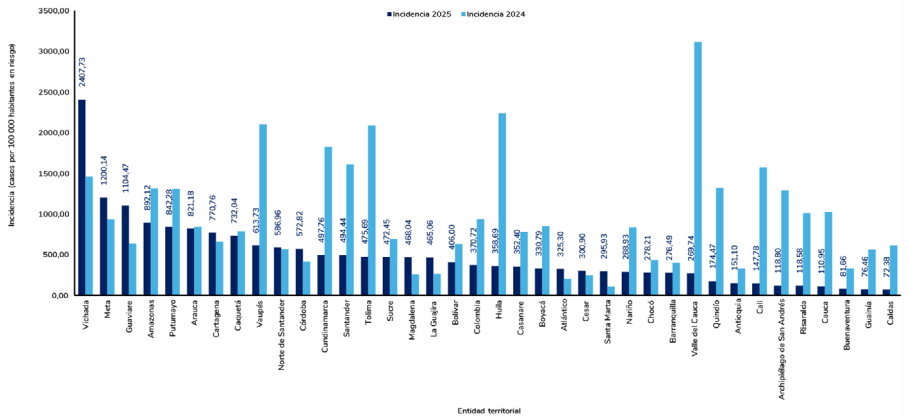
Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 52 del 2025.



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

A semana epidemiológica 52 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 370,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 937,4 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Meta y Guaviare presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 52 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos por 100 000 habitantes (figura 12). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 708,6 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 52, 2024-2025.



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

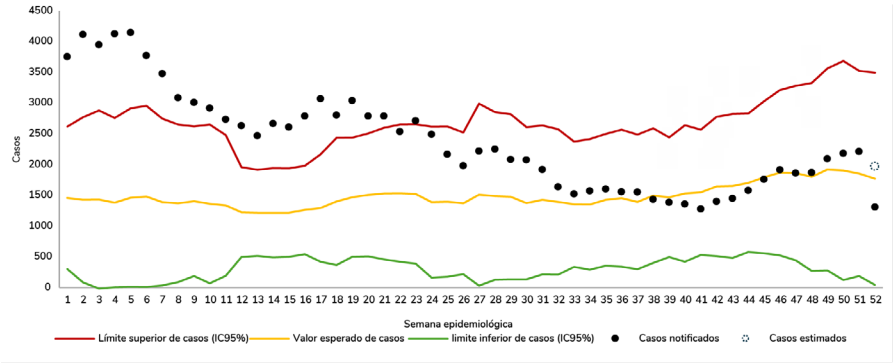
En la semana epidemiológica 52 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 17,5 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 44 a 47 del 2025) (figura 13).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 48,6 % (18) se encuentra dentro de lo esperado, el 37,8 % (14) se encuentra en situación de alerta y el 13,5 % (5) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 52 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 8,5 % (70) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 14,0 % (8/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

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.

Figura 13. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 52 del 2025.



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

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 52, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de diciembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cartagena de Indias D. T., Cesar	Magdalena, Santa Marta D.T., Vaupés	
Alerta	Bolívar	Antioquia, Chocó, Quindío, Norte de Santander, Risaralda y Santander	Amazonas, Arauca, Boyacá, Guainía, Guaviare, Meta, Vichada
Dentro de lo esperado	Atlántico, Barranquilla D. E., Córdoba, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, La Guajira, Nariño, Tolima, Sucre y Valle del Cauca	Caquetá, Casanare, Cauca, Santiago de Cali D. E., Putumayo, y Huila.

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

Tabla 18. Municipios con comportamiento de dengue por encima de lo esperado según canal endémico, con población menor a 100 000 habituales en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado (SE 44-47, 2025)	Observado (SE 48-51, 2025)
Antioquia	Bello	22,6	125	6	11
	Itaguí	22,5	62	2	8
Bolívar	Cartagena de Indias D. T.	683,6	7 212	696	1005
Cesar	Valledupar	210,9	1 164	152	225
Santa Marta	Santa Marta D. T.	298,3	1 648	342	640
Magdalena	Ciénaga	189,0	241	37	44
Meta	Villavicencio	1049,2	5 350	299	429
Arauca	Arauca	255,1	256	22	16

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

A semana epidemiológica 52 del 2025, se han notificado 392 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 118 casos, se descartaron 236 casos y se encuentran en estudio 38 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,09 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 284 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 19).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 52, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 52, 2025	Letalidad por dengue a SE 52, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	4	0	0,36	0,13
La Guajira	11	2	0,33	0,05
Cauca	3	0	0,29	0,08
Vichada	2	0	0,27	0,23
Putumayo	5	0	0,17	0,26
Huila	5	1	0,15	0,02
Antioquia	10	2	0,12	0,12
Magdalena	3	4	0,12	0,00
Santa Marta D. T.	2	3	0,12	0,16
Cesar	5	0	0,12	0,23
Barranquilla D. E.	4	2	0,11	0,02
Quindío	1	1	0,11	0,11
Meta	10	1	0,10	0,10
Guaviare	1	0	0,10	3,16
Santander	10	4	0,09	0,09
Bolívar	4	3	0,09	0,13
Cartagena de Indias D. T.	6	0	0,08	0,11
Chocó	1	1	0,08	0,11
Sucre	3	4	0,08	0,13
Arauca	2	1	0,08	0,19
Norte de Santander	6	3	0,07	0,12
Córdoba	7	0	0,07	0,01
Santiago de Cali D. E.	2	0	0,06	0,06
Cundinamarca	2	1	0,05	0,06
Tolima	3	3	0,05	0,09
Atlántico	2	0	0,04	0,07
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,05
Exterior	4	0	1,34	1,02
Colombia	114	38	0,09	0,09

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 52 del 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril (> 37,5° 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 endemicidad 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.

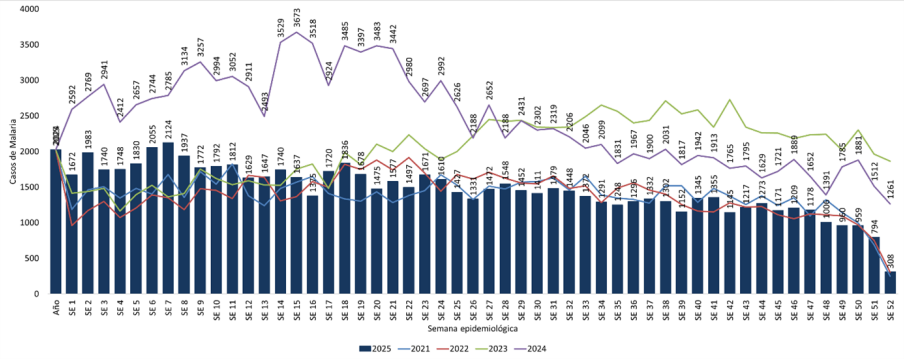
[1] Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución por malaria, como lo muestra la grafica (figura 14).

Figura 14. Comportamiento epidemiologico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 52 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 52 del 2025 se notificaron 904 casos de malaria, para un acumulado de 76 038 casos, de los cuales 74 727 son de malaria no complicada y 1 311 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 69,1 % (52 514), seguido de *Plasmodium falciparum* con 29,7 % (22 619) e infección mixta con 1,2 % (905). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,8 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,3 %), Antioquia (15,1 %), Nariño (12,0 %), Córdoba (8,0 %), Vaupés (5,8 %), Amazonas (5,1 %), Risaralda (4,5 %), Cauca (3,2 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Guainía (2,7 %), Vichada (2,6 %), Bolívar (2,2 %) y Guaviare (1,6 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,7 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 45 a 48	Casos 2025 SE 49 a 52	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Córdoba	Tierralta	3 702	224	189	37,09
Vaupés	Mitú	3 656	145	66	150,48
Risaralda	Pueblo Rico	3 098	264	102	184,53
Chocó	Quibdó	2 987	119	79	20,66
Antioquia	El Bagre	2 427	192	134	43,10
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	2 016	107	67	6,22
Chocó	Lloró	1 972	120	67	185,84
Guainía	Inírida	1 879	238	188	49,56
Chocó	Bagadó	1 878	209	118	158,57
Nariño	El Charco	1 728	56	24	74,33
Nariño	Roberto Payán	1 702	31	22	127,70
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 645	83	80	376,00
Chocó	Bajo Baudó	1 611	54	65	47,48
Chocó	Tadó	1 534	60	38	76,11
Nariño	Olaya Herrera	1 518	47	32	57,35
Nariño	Magüí	1 368	49	8	5,12
Chocó	Alto Baudó	1 367	89	35	43,72
Chocó	Istmina	1 334	81	49	39,45
Vichada	Cumaribo	1 333	42	29	15,32
Córdoba	Puerto Libertador	1 231	58	43	27,10
Chocó	Medio San Juan	1 214	57	34	103,20
Cauca	Timbiquí	1 180	64	22	41,98
Bolívar	Montecristo	971	64	51	52,86
Boyacá	Cubará	946	23	13	111,05
Cauca	Guapi	940	42	16	31,82
Antioquia	Nechí	923	32	31	33,08
Nariño	Barbacoas	917	24	25	15,65
Amazonas	La Pedrera (CD)	903	268	114	212,27
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	875	24	9	3,28
Chocó	El Cantón del San Pablo	861	33	16	124,67
Antioquia	Turbo	833	44	34	6,19
Chocó	Carmen del Darién	813	28	25	36,70
Antioquia	Chigorodó	794	31	21	12,76
Antioquia	Segovia	730	35	39	17,84
Antioquia	Cáceres	657	29	40	21,08

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 71,7 % de los casos.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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 cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 46,9 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en el municipio de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Inírida, Quibdó, Bagadó, Puerto Libertador, Cumaribo, Cubará, Alto Baud0 y Montecristo y en incremento Tarapacá (CD) (tabla 21). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,6 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decremento en los municipios de El Charco, Quibdó, Buenaventura D. E., Timbiquí, Magüi, Roberto Payán, Guapi, Tadó, Bajo Baudó, Olaya Herrera, Lloró, Itsmina, Bagadó y Tierralta en incremento el municipio de Barbacoas como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por P. vivax por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 45 a 48 de 2025	Casos SE 49 a 52 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	145	84	-42 %	6,8 %
Córdoba	Tierralta	200	190	-5 %	6,0 %
Risaralda	Pueblo Rico	236	129	-45 %	5,2 %
Antioquia	El Bagre	166	142	-14 %	3,8 %
Guainía	Inírida	214	203	-5 %	3,5 %
Chocó	Quibdó	59	45	-24 %	3,1 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	67	69	3 %	2,6 %
Chocó	Bagadó	139	122	-12 %	2,4 %
Chocó	Lloró	70	70	0 %	2,2 %
Córdoba	Puerto Libertador	57	46	-19 %	2,2 %
Vichada	Cumaribo	39	26	-33 %	2,0 %
Boyacá	Cubará	23	15	-35 %	1,8 %
Chocó	Alto Baudó	51	38	-25 %	1,8 %
Amazonas	La Pedrera (CD)	267	144	-46 %	1,7 %
Bolívar	Montecristo	63	60	-5 %	1,7 %

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

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por P. falciparum por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 52 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 45 a 48 de 2025	Casos SE 49 a 52 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	45	16	-64 %	7,1 %
Chocó	Quibdó	49	32	-35 %	6,0 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	51	31	-39 %	5,5 %
Cauca	Timbiquí	68	22	-68 %	5,2 %
Nariño	Magüi	30	4	-87 %	4,5 %
Nariño	Roberto Payán	14	10	-29 %	4,5 %
Cauca	Guapi	31	16	-48 %	3,8 %
Chocó	Tadó	28	23	-18 %	3,7 %
Chocó	Bajo Baudó	32	25	-22 %	3,6 %
Nariño	Olaya Herrera	17	15	-12 %	3,6 %
Chocó	Lloró	31	8	-74 %	3,2 %
Chocó	Istmina	41	24	-41 %	2,9 %
Chocó	Bagadó	52	29	-44 %	2,7 %
Córdoba	Tierralta	39	37	-5 %	2,6 %
Nariño	Barbacoas	9	13	44 %	2,6 %

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

Comportamientos inusuales en Entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 52 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; se encuentran 5 departamentos en situación de incremento y 9 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 26 municipios en incremento y 68 municipios en decremento (tabla 23).

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 52 2024	SE 52 2024	Acumulado a SE 52 2025	SE 52 2025	Esperado	Observado
Guainía	Inírida	5	4 288	28	1 897	18	166	191
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	5	3 573	19	2 066	8	70	82
Antioquia	El Bagre	5	3 214	30	2 445	15	120	134
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	690	21	1 660	9	37	80
Antioquia	Segovia	5	591	10	740	1	32	39
Antioquia	Nechí	5	575	3	930	9	21	32
Antioquia	Cáceres	4	512	4	659	1	20	41
Risaralda	Mistrató	4	414	1	100	1	7	11
Chocó	El Carmen de Atrato	4	327	0	262	1	5	13
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	223	2	910	19	44	114
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	0	227	4	8	22
Meta	Puerto Gaitán	4	124	1	668	15	10	128
Caquetá	Florencia	4	122	7	298	3	5	11
Vaupés	Taraira	5	103	0	310	7	8	33
Vichada	Puerto Carreño	4	96	4	569	7	12	71
Guainía	Barrancominas	4	75	0	95	0	4	8
Antioquia	Anorí	5	70	0	124	0	6	10
Meta	Puerto Concordia	4	41	0	89	0	2	10
Risaralda	La Virginia	4	40	0	132	1	1	6
Guainía	San Felipe (CD)	4	26	0	20	0	0	4
Antioquia	Yondó	4	24	1	75	1	2	11
Antioquia	Puerto Berrío	4	20	0	21	0	1	4
Arauca	Tame	4	11	1	26	0	1	3
Córdoba	San Pelayo	4	9	0	5	0	0	2
Putumayo	Puerto Leguízamo	4	9	0	64	0	2	8
Córdoba	San Antero	4	3	0	9	1	1	3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. 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 infecciosas[1].

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

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

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2025. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

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

A semana epidemiológica 52 del 2025, se han notificado 20 213 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 20 063 corresponden a residentes en Colombia y 150 casos de residentes en el exterior.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (1 del 2025 a 52 del 2025) es de 0,56 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 171 municipios a nivel nacional (15,2 %) y de disminución en 36 municipios (3,2 %) (tabla 24).

El 80,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,1 % como desnutrición aguda severa. El 5,9 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (29,6 %) y de 1 año (27,2 %). Según el área de residencia, el 66,1 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 52 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas de aumento en la notificación de casos en Santa Marta D. T. y Sucre, y de disminución en Quindío, Guaviare y el Archipiélago de San Andrés y Providencia; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. 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 2020 a 2024, se observaron diferencias significativas en la notificación de 18 municipios (tabla 25).

Tabla 24. Casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, Semana Epidemiológica 52, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 52 de 2024	Casos a SE 52 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	**24 017**	**20 063**	**0,56**	**15,2**	**3,2**
La Guajira	2 848	1 763	1,63	20,0	0,0
Vichada	316	203	1,46	0,0	25,0
Chocó	1 060	803	1,41	22,6	6,5
Magdalena	703	759	0,93	34,5	3,4
Risaralda	444	448	0,80	28,6	0,0
Cesar	908	860	0,73	12,0	4,0
Amazonas	71	66	0,70	9,1	0,0
Guaviare	96	68	0,70	0,0	25,0
Cartagena de Indias D. T.	442	502	0,67	0,0	0,0
Casanare	293	237	0,64	5,3	10,5
Bolívar	651	606	0,61	24,4	2,2
Antioquia	2 786	2 527	0,61	32,8	1,6
Arauca	355	162	0,60	0,0	14,3
Boyacá	512	495	0,59	8,1	0,0
Nariño	887	661	0,57	12,5	1,6
Guainía	54	40	0,56	11,1	11,1
Putumayo	189	171	0,55	0,0	0,0
Norte Santander	655	684	0,55	7,5	2,5
Bogotá D. C.	3 060	2 471	0,55	0,0	0,0
Sucre	296	385	0,51	38,5	3,8
Vaupés	58	34	0,50	16,7	16,7
Buenaventura D. E.	234	168	0,50	0,0	0,0
Cundinamarca	1 396	1 138	0,48	7,8	1,7
Santa Marta D. T.	140	180	0,46	100,0	0,0
Meta	528	376	0,46	10,3	3,4
Valle del Cauca	594	605	0,46	30,0	0,0
Huila	542	446	0,46	10,8	0,0
Tolima	474	338	0,42	10,6	2,1
Santiago de Cali D .E.	577	525	0,38	0,0	0,0
Barranquilla D. E.	257	318	0,37	0,0	0,0
Caquetá	193	135	0,37	0,0	6,3
Córdoba	608	504	0,34	13,3	3,3
Santander	643	473	0,32	13,8	3,4
Caldas	256	180	0,31	7,4	0,0
Atlántico	467	337	0,30	0,0	27,3
Cauca	328	312	0,28	7,1	7,1
Quindío	86	78	0,26	8,3	8,3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	10	5	0,13	50,0	0,0

*SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 1 de 2025 a SE 52 del 2025.*
Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 y 2025 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2025.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 25. 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 52 del 2025

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Turbo	55	127
Tolima	Ibagué	68	101
Sucre	Sincelejo	43	89
Boyacá	Sogamoso	38	68
Antioquia	Rionegro	35	50
Huila	Pitalito	34	46
Cauca	Popayán	32	44
Valle del Cauca	Yumbo	39	41
Cundinamarca	Chía	27	40
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	19	40
Santander	Piedecuesta	45	38
Cesar	Aguachica	26	35
Antioquia	Envigado	16	29
Atlántico	Sabanalarga	42	28
Atlántico	Malambo	38	26
Cundinamarca	Girardot	50	25
Bolívar	Turbaco	14	23
Santander	Floridablanca	32	19

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

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

Tos ferina

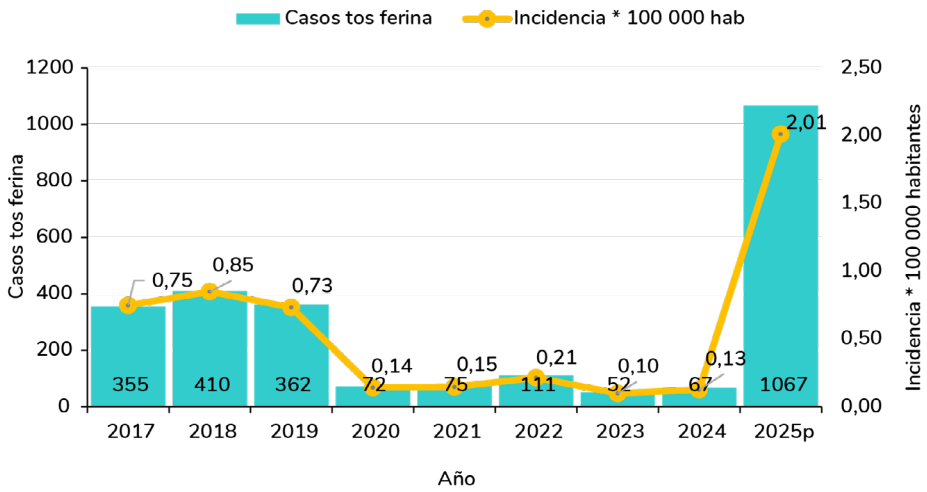
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 51 del 2025

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexo epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias se calcularon únicamente con base en los casos procedentes de Colombia.

Durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 51), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 7 204 casos de tos ferina. De estos, el 15,0 % (1 080 casos) fueron confirmados (1 067 con procedencia nacional y 13 importados), el 82,2 % (5 923 casos) fueron descartados y el 2,8 % (201 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 2,01 casos por cada 100 000 habitantes. Al compararla con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un incremento respecto a los años 2017 al 2024, cuando la incidencia no superó los 0,85 casos por cada 100 000 habitantes (figura 15).

Figura 15. Incidencia de casos confirmados de tos ferina en Colombia, a SE 51, 2017 - 2025.



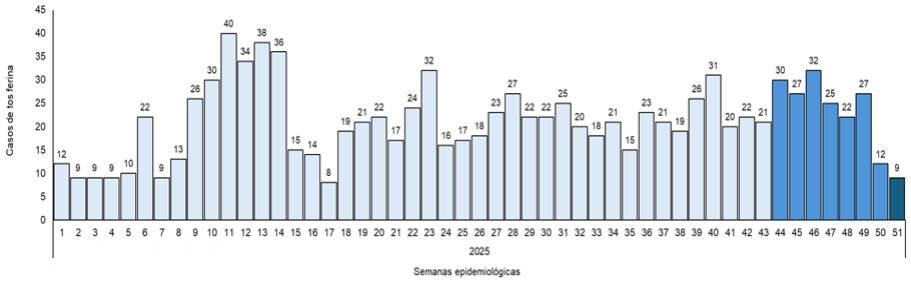
Fuente: Sivigila 2017 a 2025p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

La figura 16 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 51). Se evidencia un incremento progresivo a partir de la semana 06, con un pico máximo en la semana 11 (40 casos). Posteriormente, los casos disminuyen, aunque se presentan repuntes en las semanas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (30 casos) y 46 (32 casos). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (48–51) se observa una disminución del 38,6 %, al pasar de 114 casos (semanas epidemiológicas 44–47) a 70 casos (semanas epidemiológicas 48–51).” Esta información está sujeta a cambios.

Figura 16. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 51 del 2025p



Fuente: Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 51, de 2019 al 2025

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 305 casos y una incidencia de 3,84 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 276 casos (3,98), Cundinamarca con 73 casos (2,07) y Cartagena de Indias D. T. con 42 casos (4,15).

La tabla 26 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 26. Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 51, de 2019 al 2025

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia	2025
Colombia	**0,73**	**0,13**	**0,15**	**0,21**	**0,10**	**0,13**	**2,01**		**1067**
Bogotá D. C.	0,99	0,09	0,01	0,06	0,04	0,13	3,84		305
Antioquia	1,05	0,21	0,30	0,19	0,09	0,22	3,98		276
Cundinamarca	0,58	0,16	0,06	0,00	0,12	0,34	2,07		73
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	4,15		42
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	1,71		34
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,10	2,75		29
Santiago de Cali D. E.	0,45	0,31	0,04	0,00	0,18	0,13	1,27		29
Huila	0,90	0,35	0,09	0,00	0,08	0,42	2,23		27
Risaralda	0,94	0,10	0,00	0,62	0,00	0,10	2,19		22
Cesar	0,72	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	1,50		22
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,08	0,00	0,00	1,71		21
Chocó	0,37	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	3,37		20
Meta	0,38	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	1,38		16
Boyacá	0,57	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	1,24		16
Valle del Cauca	0,26	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,71		15
Barranquilla D. E.	0,40	0,16	0,00	0,00	0,00	0,30	1,09		14
Atlántico	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82		13
La Guajira	0,11	0,10	0,00	6,19	0,00	0,00	1,12		12
Santander	0,45	0,13	0,91	0,04	0,04	0,04	0,46		11
Nariño	0,43	0,12	0,00	0,06	0,00	0,12	0,53		9
Norte de Santander	1,15	0,12	0,00	0,00	0,47	0,06	0,47		8
Cauca	0,54	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44		7
Quindío	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	1,08		6
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,62		6
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,58		6
Tolima	0,15	0,07	0,15	0,07	0,36	0,14	0,43		6
Santa Marta D. T.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,86		5
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69		4
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,80		3
Caquetá	2,95	0,73	0,00	0,00	0,47	0,93	0,70		3
Arauca	1,07	0,34	0,00	0,33	0,00	0,00	0,72		2
Putumayo	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51		2
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18		1
Guaviare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,18		1
Casanare	1,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2025p.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,13 casos por cada 100 000 habitantes (69 casos procedencia Colombia). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (48 - 51) en Barranquilla D. E., Bolívar, Cartagena de Indias D. T., Boyacá, Caquetá, Norte de Santander y Sucre (tabla 27).

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.

Tabla 27. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (48 a 51) del 2025

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 44-47)	Casos PE actual (SE 48-51)	Incidencia PE anterior (SE 44-47)	Incidencia PE actual (SE 48-51)	Tendencia
Colombia	**104**	**69**	**0,20**	**0,13**	
Barranquilla D. E.	3	4	0,23	0,31	
Bolívar	0	5	0,00	0,41	
Cartagena de Indias D. T.	7	11	0,69	1,09	
Boyacá	0	2	0,00	0,15	
Caquetá	0	1	0,00	0,23	
Norte de Santander	0	2	0,00	0,12	
Sucre	0	1	0,00	0,10	
Antioquia	33	18	0,48	0,26	
Atlántico	3	1	0,19	0,06	
Bogotá D. C.	12	6	0,15	0,08	
Caldas	3	1	0,28	0,09	
Córdoba	8	3	0,40	0,15	
Cundinamarca	9	1	0,25	0,03	
Chocó	2	1	0,34	0,17	
Huila	3	1	0,25	0,08	
Meta	1	0	0,09	0,00	
Nariño	1	0	0,06	0,00	
Santander	2	1	0,08	0,04	
Tolima	2	0	0,14	0,00	
Valle del Cauca	1	0	0,05	0,00	
Santiago de Cali D. E.	6	2	0,26	0,09	
Putumayo	1	0	0,26	0,00	

Fuente: sivigila 2025p

Seguimiento de brotes activos en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 51 del 2025

Durante 2025 se confirmaron 124 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 28 municipios de 12 entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 29, seguido de Tierralta (Córdoba) con 16 casos y Bagadó (Chocó) con 16 casos.

En población indígena se han confirmado en 2025 ocho fallecimientos, todas ocurridas en menores de un año.

Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios Bagadó y Bajo Baudó (Chocó), Tierralta (Córdoba), Frontino (Antioquia) y Puerto Gaitán (Meta) (tabla 28).

Tabla 28. Casos de tos ferina en población indígena, por departamento de procedencia en Colombia, hasta la semana epidemiológica 51 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		**124**	**8**	**Abierto**		
Chocó	Bagadó	16	2	Abierto	06/12/2025	17/01/2026
	Bajo Baudó	1	0	Abierto	21/11/2025	24/12/2025
Antioquia	Frontino	1	0	Abierto	12/11/2025	13/12/2025
Córdoba	Tierralta	16	2	Abierto	25/11/2025	10/12/2025
Meta	Puerto Gaitán	8	0	Abierto	17/11/2025	01/12/2025

FIS: fecha de inicio de síntomas

Fuente: Sivigila 2025p

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización de fiebre amarilla a nivel nacional, diciembre 29 del 2025

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos, lo que correspondió a una letalidad del 56,5 %.

En lo corrido del 2025, con corte al 29 de diciembre, se han notificado 2 221 casos de fiebre amarilla. De estos, 118 casos han sido confirmados con procedencia de Colombia y tres (3) casos corresponden a procedencia exterior: Venezuela: Estado Apure dos (2) casos y Estado Amazonas un (1) caso. Adicionalmente, se han descartado 2 096 casos. En este periodo se han registrado 49 fallecimientos, de los cuales 42* fueron confirmados como causa de muerte por fiebre amarilla, cinco (5) con causa de fallecimiento diferente a fiebre amarilla y dos casos en estudio, con una letalidad del 35,5 % (42/118) **.

En el acumulado de los años 2024 y 2025 se han registrado 141 casos confirmados de fiebre amarilla, la distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (121 casos):** Ataco (26), Villarrica (22), Cunday (23), Prado (18), Chaparral (9), Rioblanco (8), Purificación (7), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).

* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.
**Se excluyen 5 casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y un caso en estudio.

- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1).

El último caso humano confirmado, es una femenina de 36 años, con ocupación comerciante, con aseguramiento Sanitas, con procedencia Cunday Tolima (vereda revés), quien consulta a Hospital San Rafael de Fusagasugá el 22/12/2025, con FIS 17/12/2025.

Se han confirmados 75 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 58 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (18), Ataco (10), Cunday (8), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (3) y Purificación (1) ; ocho casos procedentes de Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio. En Cunday se han notificado con este, cinco casos de PNH positivos, en las veredas Bethel, La Virginia, La Hoya, San Isidro y este último en vereda Camelia. A la fecha, se llevan 7 días sin tener confirmación del virus en Primates No Humanos (PNH).

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional– INS. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

Focos de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) en aves, a nivel nacional. Diciembre 02 al 29 del 2025

Actualmente, en Colombia, se han notificado seis (6) focos de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) en aves domésticas de traspatio, en el departamento de Sucre, municipio de Guaranda (3) y en el municipio de Majagual (2); así como en el departamento de Magdalena, municipio El Retén (1).

El evento involucra una población aviar susceptible distribuida de la siguiente manera: en Guaranda se reportan 100 aves susceptibles, de las cuales ocho presentaron sintomatología clínica y se registraron dos mortalidades; mientras que en Majagual se identificaron 197 aves susceptibles, con 157 animales sintomáticos y 135 mortalidades asociadas.

En El Retén, 70 aves susceptibles de las cuales 35 sintomáticas y 35 mortalidades. A la fecha, no se ha evidenciado afectación en fauna silvestre. El Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) adelanta de manera continua las labores de despoblamiento sanitario en los predios afectados, conforme a los protocolos establecidos.

Con relación con la población humana potencialmente expuesta, se han realizado acciones permanentes de seguimiento a casos humanos en los predios afectados, intensificación de la vigilancia epidemiológica en UPGD municipales, búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en un radio perifocal de 1 km, así como la vacunación continúa de grupos poblacionales de riesgo y del personal involucrado en las actividades de despoblamiento. Hasta el momento, no se han identificado por laboratorio casos de influenza A(H5) en humanos. La situación permanece activa y en monitoreo epidemiológico constante.

Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

Seguimiento y valoración del riesgo – Volcán Puracé, diciembre 27 del 2025

En noviembre 29 de 2025, el Servicio Geológico Colombiano declaró alerta naranja del volcán Puracé. A diciembre 26 del 2025, se mantiene la ocurrencia de sismos asociados con el movimiento de fluidos dentro del edificio volcánico, tipo Largo Periodo (LP), pulsos de Tremor (TR) y tremor continuo. Esta sismicidad se localizó a menos de 1 km de profundidad y se relaciona con la dinámica interna de los gases y su liberación hacia la atmosfera, se pueden observar columnas de gases y ceniza con una altura mínima estimada de 500 m sobre la cima del volcán. Es posible que se presenten fluctuaciones temporales en la actividad del volcán.

El departamento cuenta con cuatro alojamientos temporales de emergencia (ATE) habilitados en Puracé; sin embargo, no se cuenta con información sobre personas evacuadas y ubicadas en estos, se continua con el seguimiento de la información. Así mismo, se mantiene activa la vigilancia basada en comunidad (VBC) en los municipios con riesgo ante la posible erupción del volcán Puracé, tanto a nivel comunitario como al interior de los ATE que sean activados. Se cuenta con censo correspondiente a número de familias habitantes en la zona de amenaza alta del corregimiento de Puracé, se realizó toma de muestras en fuentes de agua para consumo humano (33 muestras) pendientes por resultado.

Seguimiento de eventos de interés en salud pública priorizados a SE 50: Infección respiratoria aguda (IRA) aumentó en Popayán, Puracé, Bolívar y Patía; Infección respiratoria aguda (IRA) hospitalización aumentó en Popayán y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) aumentó en Popayán, Patía y Toribio.

El volcán se mantiene en alerta naranja, con puesto de mando unificado (PMU) activo. Valoración del riesgo en salud pública: bajo (verde). Situación en seguimiento por GFRA-INS en conjunto con la entidad territorial.

Fuente: Secretaría Seccional de Salud de Cauca, Servicio Geológico Colombiano (SGC), Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana. Información preliminar, sujeta a cambios y en seguimiento por GFRA-INS.

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

ALERTAS INTERNACIONALES

Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) - Actualización global. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 25 de diciembre del 2025.

En 2025, hasta el 21 de diciembre, se han reportado a la OMS 19 casos de MERS-CoV, incluidas cuatro muertes a nivel mundial. De estos, 17 fueron reportados por el Reino de Arabia Saudita (KSA por sus siglas en inglés) y dos fueron reportados desde Francia.

Los casos reportados por Francia estuvieron asociados a personas con viajes recientes a países de la Península Arábiga. Se ha completado el seguimiento de todos los contactos y no se ha identificado ni reportado ninguna infección secundaria.

La evaluación general del riesgo de la OMS sigue siendo moderada tanto a nivel mundial como regional. La OMS recomienda la implementación de medidas dirigidas de prevención, prevención y control de infecciones (IPC) para prevenir la propagación de infecciones asociadas a la atención médica del MERS-CoV y la transmisión humana hacia adelante.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) - Actualización global. Fecha de publicación: 25 de diciembre de 2025. Fecha de consulta: 25 de diciembre de 2025. Disponible en: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON591

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a Semana Epidemiológica 52 de 2025

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

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 52

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Defectos Congénitos			Hepatitis A		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	59	1	2	485	32	51	386	32	38	108	15	10	1	0	1	15	1	0	0	0	0
Antioquia	570	13	10	19994	1401	1647	8229	248	466	2849	115	173	64	4	2	1541	103	80	566	36	10
Arauca	111	2	3	862	61	88	2514	51	89	810	13	27	25	0	0	81	6	7	4	0	1
Atlántico	119	4	2	4116	275	293	4451	429	462	1992	242	204	66	10	5	54	5	2	3	0	1
Barranquilla D.E.	20	0	1	4438	257	344	3369	712	481	1237	345	182	39	12	5	98	6	10	24	1	2
Bogotá D.C.	2	0	0	23313	1825	1888	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3589	187	294	125	20	4
Bolívar	280	9	3	3007	205	245	4205	387	425	1624	205	154	32	8	4	201	8	22	3	0	0
Boyacá	73	0	1	7044	490	575	682	21	20	314	7	14	1	0	0	652	35	52	10	1	1
Buenaventura D.E.	23	0	1	126	11	10	205	29	13	71	12	4	4	0	1	23	2	1	1	0	0
Caldas	72	0	3	4047	285	331	335	16	18	163	10	8	1	0	0	101	8	6	13	0	0
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	5196	424	414	3204	673	181	1122	274	57	24	8	0	596	36	66	64	12	2
Caquetá	198	2	2	1189	89	97	2283	73	30	906	43	13	28	1	0	81	8	6	2	0	0
Cartagena de Indias D.T.	21	1	1	2000	134	213	6431	501	839	1489	236	165	69	11	8	280	13	29	7	0	0
Casanare	178	4	5	1868	120	179	1505	119	43	473	46	6	6	2	0	79	5	3	47	0	0
Cauca	97	2	1	5740	446	469	1002	83	21	376	37	5	15	1	0	593	26	69	29	1	0
Cesar	312	7	4	3132	192	273	3682	259	509	2047	167	253	60	5	6	78	9	7	8	1	1
Chocó	203	4	4	305	16	20	1162	62	99	201	15	24	12	1	2	71	6	6	3	0	0
Córdoba	287	5	3	5192	365	406	10142	425	319	3762	201	145	31	3	1	274	23	14	5	1	0
Cundinamarca	87	1	6	15070	1078	1316	3689	211	122	1466	103	37	24	1	1	1067	53	84	22	4	1
Guainía	20	0	0	218	11	33	43	3	15	13	1	3	1	0	1	16	1	0	0	0	0
Guaviare	96	2	0	389	28	29	1080	31	61	224	8	13	7	0	1	47	3	2	1	0	0
Huila	154	2	2	6722	471	566	3186	320	117	1132	130	38	99	9	2	357	27	47	11	1	1
La Guajira	151	2	8	2290	158	165	2994	239	269	1745	173	162	44	5	4	61	9	4	6	0	0
Magdalena	147	6	2	2497	184	182	2087	121	246	1206	78	143	19	2	2	66	4	6	1	1	0
Meta	255	4	3	4475	305	410	9892	332	470	3309	138	137	113	3	6	171	15	14	115	2	0
Nariño	113	0	3	7571	543	674	1129	87	67	380	26	29	15	1	1	317	21	25	5	1	0
Norte de Santander	328	8	10	6763	451	544	8389	479	650	3402	267	238	106	6	7	343	32	17	31	9	1
Putumayo	146	2	1	1850	126	172	2948	71	96	825	25	21	22	1	0	125	7	4	1	0	0
Quindío	18	0	0	3027	218	236	918	34	65	256	12	22	3	0	0	40	7	5	30	2	1
Risaralda	61	1	2	4355	311	321	1089	26	35	383	14	10	15	1	2	160	17	26	9	2	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	408	30	15	53	14	3	21	7	1	0	0	0	6	1	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	45	0	1	2288	121	172	1065	98	364	552	59	163	9	2	3	35	2	1	6	0	0
Santander	230	2	7	7915	547	642	10622	499	608	3489	235	240	64	4	4	226	19	14	87	3	0
Sucre	97	1	1	2929	202	235	3613	343	138	2062	192	78	28	5	4	88	5	4	2	0	0
Tolima	151	3	3	7392	502	605	5645	721	346	1844	345	99	57	6	2	233	15	20	8	0	1
Valle del Cauca	74	1	0	9079	621	719	4403	657	289	1114	259	61	22	4	1	414	20	25	23	4	0
Vaupés	54	0	2	285	11	20	58	6	16	9	1	0	1	0	0	25	1	1	13	0	0
Vichada	55	1	0	268	20	21	735	10	19	229	3	8	4	0	0	22	2	3	0	0	0
Total nacional	4.913	90	97	177.845	12.563	14.620	117.425	8.422	8.049	43.205	4.059	2.947	1.131	116	76	12.226	746	977	1.278	107	30

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 52

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiologico.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	25	1	2	32	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	0	15	0	0
Antioquia	3608	292	297	670	68	43	9	2	0	12	4	3	118	7	8	711	61	48	254	7	37
Arauca	86	6	10	110	7	8	0	0	0	0	0	0	4	0	1	48	3	1	1	0	0
Atlántico	611	42	43	90	11	4	3	0	0	2	0	0	75	3	6	177	12	8	12	0	2
Barranquilla D.E.	665	50	63	102	9	9	29	0	1	1	0	0	116	4	54	220	13	26	27	4	3
Bogotá D.C.	4084	280	347	249	18	24	17	4	0	22	1	1	154	10	19	1039	61	81	360	22	22
Bolívar	271	19	21	132	11	13	3	0	0	6	0	2	33	2	2	121	10	9	42	0	1
Boyacá	499	48	38	171	15	19	0	1	0	0	0	0	22	2	3	85	7	4	32	6	5
Buenaventura D.E.	33	1	2	16	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	1	0	0	0	0
Caldas	522	49	57	140	14	13	2	1	1	0	0	0	13	2	0	68	8	7	69	2	2
Santiago de Cali D.E.	1082	78	97	127	12	11	1	1	0	4	1	0	36	3	2	258	19	13	11	2	3
Caquetá	98	9	9	105	8	11	0	0	0	0	0	0	16	1	3	41	4	3	3	0	0
Cartagena de Indias D.T.	332	26	31	48	8	6	2	1	0	1	0	0	17	2	3	97	7	9	4	1	1
Casanare	153	12	16	104	9	6	1	0	1	0	0	0	18	1	2	54	2	4	3	0	2
Cauca	292	30	25	278	33	21	4	0	0	2	0	0	21	1	0	99	9	1	30	1	5
Cesar	374	28	44	208	18	15	0	0	0	0	0	0	63	2	4	172	10	18	9	1	1
Chocó	25	3	2	58	4	0	1	2	0	1	0	0	6	1	0	39	4	1	1	0	0
Córdoba	564	44	37	266	20	14	8	0	0	4	0	0	73	4	6	297	16	22	22	1	1
Cundinamarca	1227	90	96	275	24	37	8	2	2	2	0	0	50	4	5	259	19	24	190	10	11
Guainía	5	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0
Guaviare	42	3	3	17	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	18	1	2	1	0	0
Huila	308	28	28	293	30	25	1	0	0	2	0	0	29	2	4	112	9	14	23	2	3
La Guajira	178	9	6	85	7	5	0	0	0	1	0	0	22	2	2	114	5	6	19	1	0
Magdalena	205	17	13	83	7	7	0	0	0	0	0	0	25	2	0	100	7	4	7	1	0
Meta	341	29	30	243	22	12	1	0	1	1	0	0	41	3	1	168	12	16	19	0	1
Nariño	673	54	62	443	36	32	8	0	1	2	0	0	31	2	2	228	20	18	22	1	2
Norte de Santander	575	44	45	310	30	22	1	0	1	1	1	0	40	4	3	201	12	17	27	1	0
Putumayo	147	9	18	198	16	14	0	0	0	2	0	0	21	2	2	83	6	2	7	0	0
Quindío	232	27	23	85	8	6	0	0	0	0	0	0	10	1	0	65	8	7	7	2	0
Risaralda	594	46	53	157	14	12	9	0	2	12	1	0	17	2	0	230	12	56	37	2	16
Archipiélago de San Andrés y Providencia	19	2	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	10	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	218	17	19	54	2	3	1	0	0	0	0	0	10	1	0	43	5	2	8	0	0
Santander	842	57	58	298	21	36	2	1	0	10	0	0	53	5	4	175	12	19	73	3	0
Sucre	276	26	17	95	11	6	0	0	0	0	0	0	27	2	2	111	10	7	6	1	0
Tolima	502	49	46	256	30	16	5	0	1	1	0	0	23	2	1	86	9	10	24	1	12
Valle del Cauca	822	65	69	292	28	23	19	1	5	5	0	0	46	2	2	216	19	23	5	0	1
Vaupés	11	1	0	18	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0
Vichada	11	0	0	5	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0
Total nacional	20.552	1.591	1.730	6,121	561	482	135	20	16	94	9	6	1.233	85	141	5.801	416	482	1,37	76	131

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 52

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	6	0	1	2	0	0	0	0	0	3990	127	236	6	0	0
Antioquia	990	96	80	82	3	11	365	9	44	11424	613	536	259	19	27
Arauca	6	0	0	73	7	3	1	1	1	658	6	6	15	0	0
Atlántico	151	7	11	9	0	2	1	2	1	3	0	2	21	2	3
Barranquilla D.E.	312	18	29	27	3	3	6	4	6	0	0	0	38	4	3
Bogotá D.C.	2256	166	199	13	1	3	297	5	20	0	0	0	286	24	16
Bolívar	104	20	7	4	0	0	0	1	0	1699	79	82	24	3	6
Boyacá	72	10	3	8	1	0	2	1	2	952	0	13	44	3	3
Buenaventura D.E.	3	0	1	1	0	0	3	2	3	2066	80	70	7	1	1
Caldas	91	13	6	53	4	0	20	28	20	22	3	1	22	1	3
Santiago de Cali D.E.	243	40	12	70	2	15	137	5	8	5	2	0	115	7	15
Caquetá	19	5	0	9	0	0	11	3	11	460	12	16	16	3	3
Cartagena de Indias D.T.	30	20	6	0	0	0	3	4	3	7	0	0	32	1	4
Casanare	31	3	0	9	2	1	0	1	0	6	2	1	7	1	1
Cauca	53	4	0	10	1	1	5	4	5	2399	173	46	44	5	5
Cesar	91	11	11	34	1	4	2	3	2	23	3	4	36	2	5
Chocó	5	0	0	57	1	4	2	1	2	21382	1868	744	22	1	3
Córdoba	352	22	11	14	1	0	3	1	3	6029	723	286	37	4	2
Cundinamarca	285	29	17	19	1	1	15	7	15	0	0	0	92	4	10
Guainía	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2054	212	204	0	0	0
Guaviare	65	3	1	2	0	0	4	0	4	1178	83	46	0	0	0
Huila	104	17	8	10	1	1	19	2	19	0	0	0	33	3	3
La Guajira	25	1	4	11	1	1	1	1	1	39	2	1	16	2	2
Magdalena	27	1	4	12	1	0	0	0	0	8	1	0	10	0	0
Meta	148	19	14	14	1	1	23	10	23	1201	33	148	13	0	0
Nariño	220	20	19	17	1	2	13	10	13	9192	715	157	78	4	5
Norte de Santander	123	7	7	27	0	0	10	12	10	617	148	28	75	5	6
Putumayo	25	3	1	5	1	0	6	4	6	96	5	11	10	0	3
Quindío	129	19	8	5	0	0	10	5	10	4	1	1	13	0	0
Risaralda	153	17	22	1	0	0	6	1	6	3417	178	127	44	2	7
Archipiélago de San Andrés y Providencia	5	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	49	3	2	39	7	2	1	1	1	0	0	0	14	0	0
Santander	116	11	16	18	1	2	2	2	2	12	1	3	112	3	9
Sucre	15	5	1	3	0	0	0	0	0	108	4	2	25	2	6
Tolima	87	7	1	37	3	0	15	6	15	0	0	0	27	4	1
Valle del Cauca	778	38	62	47	2	4	11	13	11	62	7	2	65	5	5
Vaupés	3	0	0	4	1	1	0	0	0	4409	150	104	17	0	0
Vichada	5	0	1	0	0	0	0	0	0	1942	152	101	6	0	0
Total nacional	7.178	639	566	747	48	63	994	32	95	75.467	5.420	2.978	1.682	115	157

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 52

Decremento
Incremento

	Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en salsa general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	7306	481	507	274	9	45	0	0	0	4713	374	190	20	18	20
Antioquia	982029	80917	81163	46105	2822	3268	5189	822	572	374210	31874	28528	667	888	667
Arauca	27055	1824	1218	3775	88	194	109	3	17	8059	696	495	40	65	40
Atlántico	176533	10118	11337	3748	180	195	2373	190	379	73107	4320	4085	131	253	131
Barranquilla D.E.	250199	15119	17343	15745	361	1165	2076	183	254	90379	6292	5808	170	311	170
Bogotá D.C.	1861491	127533	116514	86509	4916	5516	10033	1413	1384	748807	54694	47272	675	881	675
Bolívar	150409	9865	11078	3138	228	252	533	114	75	33108	2733	2321	164	230	164
Boyacá	148362	10558	7901	8510	384	602	538	95	71	51204	3765	3169	114	144	114
Buenaventura D.E.	7968	949	1088	110	6	1	11	1	0	2841	466	173	73	83	73
Caldas	95895	8211	7355	3691	293	268	1340	117	179	28937	2642	1950	71	99	71
Santiago de Cali D.E.	278880	23609	22513	9651	659	426	661	74	75	102421	15598	6639	268	308	268
Caquetá	34754	2791	1839	2282	122	163	36	9	3	14947	1421	1160	59	66	59
Cartagena de Indias D.T.	220889	16020	12618	13478	374	1087	1854	229	268	52471	4250	3316	171	266	171
Casanare	29268	1855	1508	589	47	18	59	12	7	10787	943	606	57	81	57
Cauca	121460	8654	7988	4255	183	273	671	68	81	43774	5303	2687	169	260	169
Cesar	149167	9051	8651	7494	501	419	558	66	74	29835	3301	1963	198	281	198
Chocó	55169	1722	3390	2067	128	32	51	2	9	17120	902	1241	108	197	108
Córdoba	225887	12881	13540	11158	452	745	1756	165	273	57764	3909	3035	258	414	258
Cundinamarca	422773	23055	25470	15402	769	937	1664	282	204	162026	11112	10602	372	426	372
Guainía	2839	193	104	140	22	5	1	0	0	1733	101	137	14	19	14
Guaviare	7347	489	304	429	28	44	42	8	0	3566	240	246	12	14	12
Huila	109063	9622	4432	5771	343	274	904	49	118	46393	4471	3520	132	179	132
La Guajira	278818	14545	21061	3927	563	374	358	70	88	48808	5204	3786	258	423	258
Magdalena	139572	7379	10950	3965	223	263	80	16	1	37222	3192	2712	136	194	136
Meta	92667	5723	5236	3620	152	197	292	56	40	47628	3786	3080	167	188	167
Nariño	150161	13681	9649	8494	440	494	195	37	23	50455	5996	3297	175	214	175
Norte de Santander	172742	13990	10127	10213	828	549	870	94	117	58264	5019	3441	148	248	148
Putumayo	36570	2032	2056	1404	98	54	39	7	6	12773	1100	930	39	62	39
Quindío	62945	5753	4699	3201	236	289	486	65	97	27747	2402	1922	43	63	43
Risaralda	124376	9270	8160	5816	276	331	476	53	64	38868	3638	2967	79	116	79
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8000	525	534	1028	64	88	1	0	0	2930	294	145	11	14	11
Santa Marta D.T.	85105	2666	4289	3833	159	200	1139	153	356	22095	1256	1370	66	99	66
Santander	274120	13875	16903	18320	947	1249	2382	366	315	92691	6608	6468	158	246	158
Sucre	100745	7136	6435	10081	538	728	1676	224	190	23117	2692	1520	107	195	107
Tolima	157564	12508	10410	10561	428	712	479	58	78	65910	5299	4628	117	169	117
Valle del Cauca	167665	12083	12115	4049	240	275	862	71	117	68611	6238	4933	173	213	173
Vaupés	8893	166	422	124	10	16	5	1	0	2722	68	99	13	16	13
Vichada	4056	252	183	23	4	3	2	0	0	1786	140	99	33	41	33
Total nacional	7.228.742	497.101	481.090	332.980	18.121	21.751	39.801	5.173	5.535	2.559.829	212.336	170.540	5.666	7.984	5.666

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 52

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos descartados			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1	0	0	2	1	0	5	0	0	45	4	1	28	1	1
Antioquia	11	14	0	688	53	35	32	7	1	2115	29	105	2694	157	159	726	15	13
Arauca	1	1	0	24	1	4	5	1	0	33	1	3	126	6	6	84	2	2
Atlántico	8	4	0	68	4	2	1	2	0	38	0	3	982	40	39	112	1	0
Barranquilla D.E.	2	3	0	181	7	9	0	2	0	72	2	8	1089	46	50	221	0	3
Bogotá D.C.	16	14	1	1547	92	93	854	6	16	2764	42	89	5170	267	234	2899	141	63
Bolívar	3	3	0	41	3	0	1	2	0	40	2	5	609	20	18	47	1	0
Boyacá	5	3	0	190	11	8	34	1	0	63	2	4	956	33	35	349	10	11
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	25	2	0	8	1	0
Caldas	4	2	0	77	6	7	1	1	0	61	1	2	413	31	12	53	0	2
Santiago de Cali D.E.	2	5	0	155	19	6	0	2	0	61	3	8	1079	77	58	516	39	13
Caquetá	0	1	0	41	3	0	1	1	0	5	1	1	241	7	3	27	5	2
Cartagena de Indias D.T.	4	2	0	71	4	1	2	2	0	66	1	11	591	30	17	17	0	0
Casanare	2	1	0	29	2	3	13	1	0	2	0	1	246	17	8	29	3	4
Cauca	4	4	0	93	6	5	4	2	2	27	2	0	468	19	15	300	21	14
Cesar	4	4	0	73	3	1	2	2	0	52	2	12	560	21	19	35	2	1
Chocó	0	2	0	10	0	0	4	1	0	189	2	31	56	2	0	16	0	0
Córdoba	4	5	0	166	10	6	2	2	0	65	0	1	1166	63	30	123	4	0
Cundinamarca	6	8	0	438	26	24	271	3	5	594	10	19	2529	116	120	496	24	6
Guainía	1	0	0	6	0	0	1	1	0	3	0	0	94	0	2	2	0	0
Guaviare	0	0	0	11	0	0	3	1	0	7	0	1	92	4	3	4	0	0
Huila	5	3	0	162	10	10	11	2	0	81	3	2	662	34	38	106	3	6
La Guajira	2	3	0	34	3	1	0	2	0	41	0	1	527	16	18	41	0	3
Magdalena	0	3	0	39	2	0	0	1	0	33	1	3	388	13	11	18	0	0
Meta	6	3	0	96	7	6	12	1	0	184	2	7	697	35	23	102	0	3
Nariño	10	4	0	173	9	8	4	1	0	97	4	5	711	40	30	96	8	4
Norte de Santander	8	4	0	211	11	8	4	2	0	79	6	11	1225	57	76	87	1	1
Putumayo	2	1	0	35	2	1	1	1	0	22	0	1	224	12	7	145	19	3
Quindío	2	1	0	40	3	2	3	1	0	25	1	2	302	20	14	102	14	0
Risaralda	8	2	0	61	4	4	0	1	0	97	1	14	655	28	20	40	1	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	15	0	1	0	1	0	1	0	0	30	1	1	1	0	1
Santa Marta D.T.	3	1	0	15	1	1	0	1	0	9	0	1	220	9	5	39	0	1
Santander	3	5	0	107	5	6	1	2	0	104	7	8	836	47	50	299	4	8
Sucre	5	2	0	70	5	1	2	1	0	75	6	4	755	33	11	136	0	1
Tolima	7	3	0	89	3	2	7	1	0	47	3	1	921	60	35	87	3	4
Valle del Cauca	2	4	0	168	9	7	2	2	0	27	6	1	1285	62	68	238	24	7
Vaupés	0	0	0	3	0	0	3	1	0	71	0	3	10	0	0	12	0	0
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	14	0	0	32	2	3	9	0	0
Total nacional	141	115	1	5.231	328	262	1.284	64	24	7.271	138	368	28.711	1.426	1.239	7.650	347	178

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 52

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, C y B-D		Intento de Suicidio	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos descartados		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	61	66	0	0	0	0	23	25	77	101
Antioquia	0	0	0	0	1768	2527	1	1	0	0	513	707	5323	5577
Arauca	2	0	0	0	292	162	1	0	0	0	22	77	179	230
Atlántico	0	1	0	0	393	337	0	0	0	0	74	96	889	971
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	215	318	0	0	0	0	115	110	904	1005
Bogotá D.C.	0	0	0	0	3025	2471	3	1	0	1	708	1022	5056	5770
Bolívar	0	0	0	0	411	606	0	0	0	0	36	34	534	572
Boyacá	2	0	0	0	476	495	0	0	0	0	33	62	1026	1163
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	119	168	0	0	0	0	10	12	92	87
Caldas	0	0	0	0	174	180	0	0	0	0	61	73	1185	1099
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	450	525	1	0	0	0	229	259	1613	2080
Caquetá	1	0	0	0	184	135	0	0	0	0	27	26	249	235
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	262	502	0	0	0	0	47	59	535	600
Casanare	5	2	0	0	300	237	0	0	0	0	30	78	293	343
Cauca	0	0	0	0	303	312	0	0	0	0	73	86	858	876
Cesar	6	7	0	0	686	860	1	0	0	0	61	92	588	645
Chocó	0	0	0	0	688	803	1	1	0	0	37	45	106	156
Córdoba	1	0	0	0	539	504	0	0	0	0	90	128	1012	1119
Cundinamarca	0	0	0	0	1180	1138	0	0	0	0	150	194	2188	2742
Guainía	0	0	0	0	54	40	0	0	0	0	3	3	28	29
Guaviare	0	0	0	0	101	68	0	0	0	0	51	56	60	68
Huila	0	0	0	0	421	446	0	1	0	0	56	85	846	766
La Guajira	0	0	0	0	1995	1763	2	0	0	0	32	61	276	383
Magdalena	0	0	0	0	550	759	0	0	0	0	37	25	347	411
Meta	1	0	0	0	401	376	0	0	0	0	36	57	730	712
Nariño	0	1	0	0	635	661	0	0	0	0	91	95	1399	1638
Norte de Santander	2	0	0	0	683	684	4	0	0	0	177	270	1074	1179
Putumayo	0	0	0	0	184	171	0	0	0	0	57	61	324	318
Quindío	0	0	0	0	92	78	0	0	0	0	72	49	530	487
Risaralda	0	0	0	0	347	448	0	0	0	0	92	145	1186	1376
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	10	5	0	0	0	0	2	0	23	33
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	103	180	0	0	0	0	31	35	280	356
Santander	3	1	0	0	450	473	1	0	0	0	105	179	1543	1751
Sucre	1	0	0	0	221	385	0	2	0	0	32	33	496	488
Tolima	0	0	0	0	356	338	0	0	0	0	58	108	1204	1162
Valle del Cauca	0	0	0	0	432	605	1	0	0	1	80	135	1322	1446
Vaupés	0	0	0	0	70	34	0	0	0	0	15	28	69	113
Vichada	0	0	0	0	285	203	0	0	0	0	10	12	26	29
Total nacional	24	12	0	0	18.916	20.063	14	6	2	2	3.375	4.622	34.469	38.116

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 52

Decremento
Incremento

	Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	14	13	0	0	1	0	2	0	3	2	2	0	2	0
Antioquia	1048	1139	10	1	24	17	8	5	30	44	13	8	136	276
Arauca	14	17	0	1	2	0	2	0	3	2	2	2	5	5
Atlántico	1	4	2	0	9	8	1	2	12	3	7	3	31	31
Barranquilla D.E.	0	0	1	0	6	6	1	2	6	3	3	0	25	31
Bogotá D.C.	0	0	3	0	27	19	1	0	45	23	0	0	156	725
Bolívar	371	500	2	1	11	4	2	1	13	7	8	2	24	2
Boyacá	123	226	0	0	4	3	1	3	6	8	0	1	25	39
Buenaventura D.E.	15	21	0	0	3	1	0	1	4	5	3	1	6	2
Caldas	269	179	2	0	3	0	0	1	3	1	0	0	21	2
Santiago de Cali D.E.	2	3	2	0	7	5	1	1	7	9	2	1	45	54
Caquetá	204	227	1	1	3	2	0	1	6	5	3	3	8	4
Cartagena de Indias D.T.	1	3	7	1	8	2	0	1	11	9	3	1	20	24
Casanare	8	6	0	0	3	4	1	0	3	0	3	1	9	10
Cauca	50	65	0	1	8	1	4	5	10	9	1	2	31	11
Cesar	72	466	1	0	13	13	7	3	12	8	22	12	29	24
Chocó	255	232	1	0	14	9	33	20	29	38	37	46	12	14
Córdoba	177	178	2	0	13	6	1	4	15	13	7	9	39	37
Cundinamarca	199	162	1	1	14	8	0	1	11	21	3	0	69	82
Guainía	14	21	0	0	1	3	1	1	4	2	1	2	2	0
Guaviare	444	157	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	2	1
Huila	9	14	1	1	6	5	0	0	6	4	3	1	24	25
La Guajira	20	24	0	0	24	18	26	16	44	29	61	29	21	0
Magdalena	7	12	1	0	11	9	3	1	12	11	13	7	19	3
Meta	252	145	1	0	8	5	2	2	11	6	7	4	23	14
Nariño	257	169	1	0	13	9	2	1	10	11	5	2	34	12
Norte de Santander	203	202	1	0	8	12	2	1	6	5	4	0	33	34
Putumayo	207	202	0	0	3	2	1	1	3	2	1	0	8	14
Quindío	1	0	1	0	2	1	0	1	2	0	0	0	11	6
Risaralda	141	105	2	1	4	2	8	7	8	10	7	5	20	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	10	15	2	0	7	3	2	1	4	5	2	2	11	12
Santander	560	791	2	1	8	6	1	0	7	2	1	0	47	29
Sucre	113	72	2	0	6	2	1	0	7	6	3	1	20	36
Tolima	316	223	3	4	7	3	2	0	9	5	2	0	27	12
Valle del Cauca	18	17	2	0	6	2	2	1	11	7	5	1	41	53
Vaupés	39	36	0	0	1	0	2	5	4	7	1	2	2	0
Vichada	41	23	0	0	4	1	3	0	4	4	9	9	3	0
Total nacional	5.475	5.669	328	267	293	191	129	90	404	328	225	157	1.043	1.626

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

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 52

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	4	17	26	0	0	65	78	1	0	17	34	606	774
Antioquia	173	123	1164	1325	0	0	3414	4687	120	143	2682	2878	23038	22853
Arauca	49	15	178	139	0	0	143	143	3	0	78	97	1184	1401
Atlántico	52	29	361	353	0	2	514	554	16	25	420	450	2442	2692
Barranquilla D.E.	71	16	431	333	0	0	813	979	17	44	782	758	2599	2992
Bogotá D.C.	179	77	950	920	0	0	1447	1469	34	30	3787	3456	30664	35032
Bolívar	45	28	310	289	1	3	178	226	3	2	199	199	2440	2646
Boyacá	21	18	102	82	0	0	187	224	1	3	170	204	4070	4661
Buenaventura D.E.	23	20	144	104	0	0	157	220	6	5	99	118	405	302
Caldas	18	24	144	167	0	0	320	324	6	5	297	317	3161	3384
Santiago de Cali D.E.	32	30	465	529	0	1	1521	1571	48	56	1271	1355	8033	7459
Caquetá	8	12	93	102	0	0	251	315	6	8	91	99	1155	1208
Cartagena de Indias D.T.	78	45	346	376	0	2	431	500	2	6	543	547	1484	1749
Casanare	38	37	136	163	0	1	160	206	5	9	136	163	918	1018
Cauca	23	21	197	193	0	2	263	317	3	5	269	322	3491	3572
Cesar	38	22	342	258	0	0	417	463	2	13	343	403	2115	2293
Chocó	52	32	229	238	0	0	212	270	1	4	74	104	436	515
Córdoba	34	16	331	255	1	1	288	321	6	10	599	584	3697	3514
Cundinamarca	74	61	385	483	0	0	546	644	12	18	764	855	13415	16134
Guainía	7	7	18	15	0	0	19	43	0	0	6	10	215	262
Guaviare	4	2	26	16	0	0	41	43	0	2	33	30	308	386
Huila	22	11	156	154	0	1	436	479	8	13	380	376	6423	6496
La Guajira	75	44	370	352	0	0	553	658	3	10	263	332	1355	1547
Magdalena	33	30	234	263	0	3	174	201	2	4	151	191	1441	1550
Meta	52	48	266	303	0	0	645	852	21	31	296	320	2578	2733
Nariño	15	19	237	236	0	1	169	222	6	7	316	382	4304	5609
Norte de Santander	94	55	510	492	0	1	733	882	14	16	558	604	3993	4430
Putumayo	8	7	88	97	0	1	115	136	3	6	89	99	1378	1723
Quindío	14	11	97	104	0	0	274	346	2	7	286	230	2640	2703
Risaralda	26	19	183	196	0	0	634	713	26	14	531	540	3746	3867
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	6	11	0	0	7	17	0	0	13	7	201	273
Santa Marta D.T.	21	20	117	178	0	1	216	337	3	3	253	263	663	792
Santander	74	59	432	514	0	1	955	1553	32	21	640	747	6503	7047
Sucre	23	23	199	199	1	3	110	98	1	0	216	265	1889	2019
Tolima	37	30	182	156	0	1	565	753	14	18	362	502	3174	3543
Valle del Cauca	36	41	322	380	0	0	748	882	20	30	653	792	7258	7738
Vaupés	1	0	4	3	0	0	15	26	0	0	5	6	239	501
Vichada	10	13	38	40	0	0	36	35	0	2	13	15	262	256
Total nacional	1.682	1.073	10.048	10,044	3	25	17.772	21.787	447	570	17.685	18.654	153.923	167.674

La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilacia 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.

Salud

Instituto Nacional de Salud

Semana epidemiológica 52

21 al 27 de diciembre del 2025

TEMA CENTRAL

Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica

Directora General INS
Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos
Lina Yessenia Lozano Lesmes
Directora (e) Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo
Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

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

20 años BES 2005-2025

Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Alejandra del Pilar Díaz, Carmen Liliana Dominguez, Helena Patricia Salas. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Nidia Esperanza González Tolosa. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotes y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Lady Alexandra Castillo Vargas, Claudia Marcela Montaño Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Lina Yessenia Lozano Lesmes. **Correctores de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

47# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: https://doi.org/10.33610/23576189.2025.52