



Poblaciones de interés especial: Grupos étnicos

El seguimiento de las poblaciones étnicas con enfoque diferencial abre el campo intersectorial que impacta directamente sobre la reducción de los riesgos en salud de los pueblos étnicos, tanto de forma preventiva como la atención de emergencias en salud pública en todo el territorio

Semana epidemiológica

5 al 11 de octubre del 2025

41

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.

3



Tema central

Seguimiento a poblaciones de interés especial:
Grupos étnicos

11



Situación nacional

13



Mortalidad

20



Eventos trazadores

39



Brotes y alertas

42



Tablas de mando por departamento

TEMA CENTRAL

Seguimiento a poblaciones de interés especial: Grupos étnicos

Alejandra Margarita Muñoz Suarez, ammunoz@ins.gov.co

Viviana Carolina Moreno Vargas, vmoreno@ins.gov.co

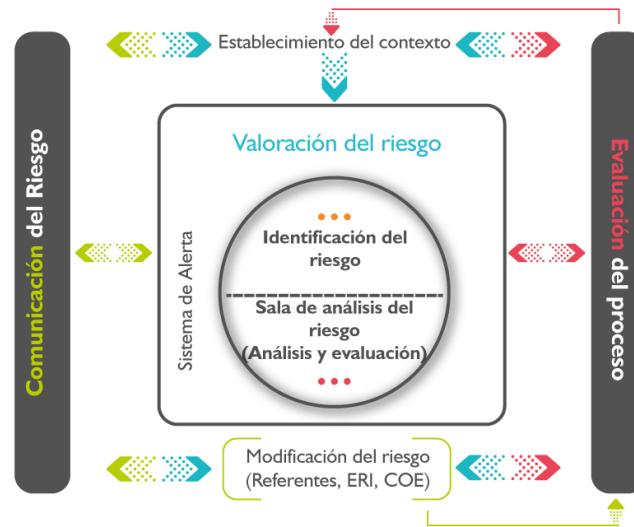
Diego Felipe López Ávila, dlopez@ins.gov.co

Sandra Paola Castaño Mora, scastano@ins.gov.co

Fabián Nicolás Moreno Anzola, fmoreno@ins.gov.co

En la vigilancia en Salud Pública se establece la Gestión del Riesgo para realizar el seguimiento de todas las señales o situaciones que puedan ser un riesgo para la población y su funcionamiento. Esta gestión se basa en el ciclo de Planear, Hacer, Verificar y Actuar para dar respuesta oportuna a todas las situaciones de emergencia en salud pública del país (figura 1).

Figura 1. Sistema de Gestión de Riesgo



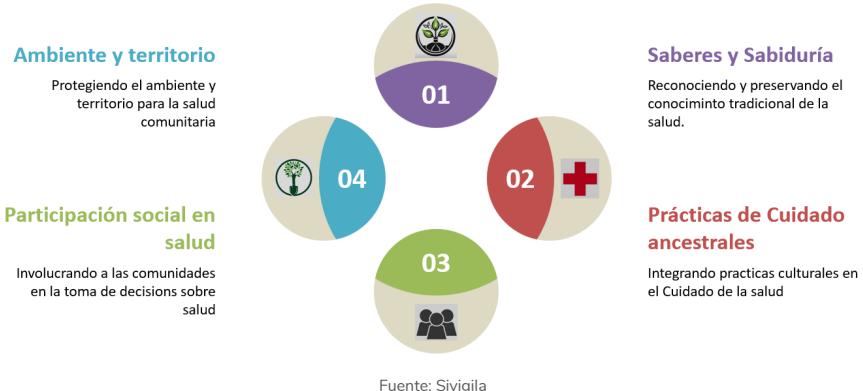
Fuente: GGRRI-INS, 2025

En la estructura de la gestión de riesgo se establecen todos los procesos que requieren del establecimiento del contexto de cada población y sus territorios. Lo que crea la necesidad de vigilar poblaciones de interés especial que, por sus características, condiciones sociodemográficas y riesgos puedan significar en mayor riesgo para estas poblaciones. Es así como se inicia y fortalece el seguimiento de estas poblaciones como son las poblaciones étnicas: indígenas y Negros/afrocolombianos, Raizales, Palenqueros (NARP), población procedente del exterior, población de fuerzas militares y policía, población privada de la libertad y en seguimiento reciente la población de instituciones educativas(1). Se realiza el seguimiento y priorización de la representatividad de la población en comparación con la población en general, la caracterización de los pueblos indígenas y NARP, carga de notificación y toda la información que pueda significar un riesgo para la población.

Esta información ingresa al Sistema de Alerta Temprana (SAT) como una señal, captada desde las diferentes fuentes de información e inicia el proceso de verificación, valoración y respuesta donde de acuerdo con el nivel de riesgo establecido, se establece un nivel de respuesta para controlar, mitigar o desaparecer el riesgo. Con la capacidad de generar la primera emisión de información en las próximas 6 horas. En el espacio de Sala de Análisis de Riesgo (SAR) se reúne toda la información más importante y completa posible para la toma de decisiones y es el espacio de consolidación y articulación de los actores que participan de la respuesta a los pueblos étnicos y la estrategia se centra en articulación y la inclusión de la estrategia de enfoque diferencial establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en acuerdo con las organizaciones nacionales que las vigilan.

Las bases orientadoras para el enfoque diferencial se definen en cuatro ítems claves para el desarrollo del enfoque diferencial: El ambiente y territorio, que busca la protección para la salud de la comunidad. La participación social, que involucra a las comunidades en la toma de decisiones en salud. Los Saberes y Sabiduría, que reconoce y preserva los conocimientos de la medicina tradicional de los pueblos. Las prácticas de cuidado ancestral, que integra las acciones culturales del cuidado de la salud.

Figura 2. Bases orientadoras para el enfoque diferencial. Resolución 1964 del 10 de octubre del 2024



Para la implementación se requiere entonces que desde las entidades territoriales se establezca el contexto con enfoque diferencial en salud, que se creen los espacios de diálogo con las autoridades étnicas y comunidades, la articulación intersectorial y el fortalecimiento de la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC)

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.

y que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) generen las adecuaciones socioculturales para fortalecer el autorreconocimiento y la integración de servicios. Desde las Instituciones prestadoras de servicios de Salud se debe gestionar el desarrollo de las capacidades del personal de salud en interculturalidad adecuados en servicios e infraestructura y la participación en la formulación, ejecución y seguimiento de políticas y planes de salud en espacios de concertación.

Seguimiento a la notificación de eventos de interés en salud pública en poblaciones de interés especial: pueblos indígenas - Colombia, 2025

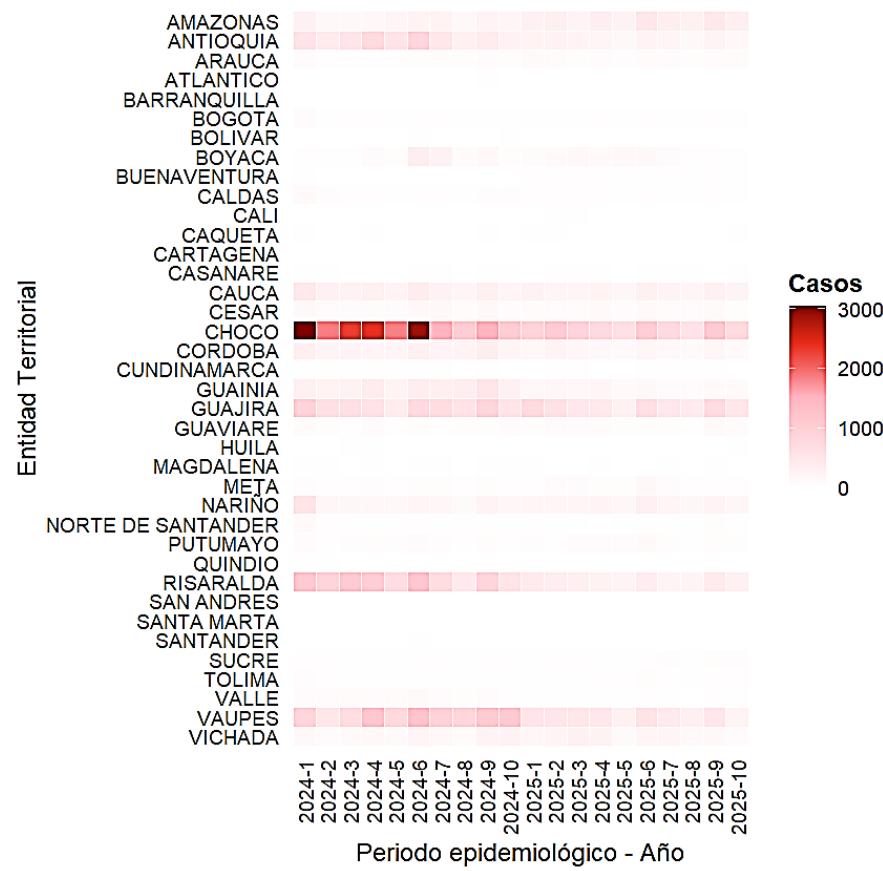
Pueblos indígenas

La población indígena en Colombia representa cerca del 4,4 % del total nacional, con más de 80 pueblos reconocidos oficialmente por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2018). Estas comunidades presentan una distribución territorial dispersa y heterogénea, concentradas en departamentos amazónicos y del Pacífico como La Guajira, Cauca, Nariño, Chocó, Amazonas y Vaupés. Según el DANE (GEIH, 2021), la pobreza monetaria en la población indígena alcanzó el 61,6 %, mientras que la pobreza extrema fue del 33,7 %. Así mismo, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, identifica problemáticas en salud en los pueblos indígenas debido a las inequidades y desigualdades que afectan su buen vivir, estas condiciones estructurales (dispersión territorial, pobreza, barreras idiomáticas y culturales, precariedad en saneamiento básico y presencia en zonas de conflicto) no solo configuran un escenario de vulnerabilidad, sino que inciden directamente sobre la capacidad del sistema de salud para monitorear riesgos y responder con oportunidad. En este contexto, la vigilancia en salud pública con enfoque diferencial se convierte en una herramienta esencial para comprender las dinámicas locales, anticipar riesgos y orientar la respuesta sanitaria desde el reconocimiento de la diversidad cultural (2, 3).

Desde el Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata del Instituto Nacional de Colombia (INS) se utiliza la estrategia de priorización de eventos de interés en salud pública, actualmente los eventos priorizados son: dengue, malaria y leishmaniasis en el grupo de las enfermedades transmitidas por vectores (ETV); tuberculosis y tosferina en los eventos prevenibles por vacunación, y la desnutrición aguda en menores de cinco años, la vigilancia integrada de la mortalidad por IRA, EDA y desnutrición y la muerte materna dentro de los eventos no transmisibles.

El 80 % de los casos notificados (figura 3), en 2024 - 2025p (corte semana epidemiológica 40), en población indígena se concentró en 11 departamentos: Chocó (17 %), La Guajira (12 %), Vaupés (10 %), Risaralda (8 %), Amazonas (7 %), Cauca, Antioquia y Nariño (5 % cada uno), Guainía y Vichada (4 %) y Córdoba (3 %).

Figura 3. Mapa de calor de casos notificados en poblaciones indígenas, por períodos epidemiológicos, Colombia 2024 a 2025, Semana Epidemiológica 40



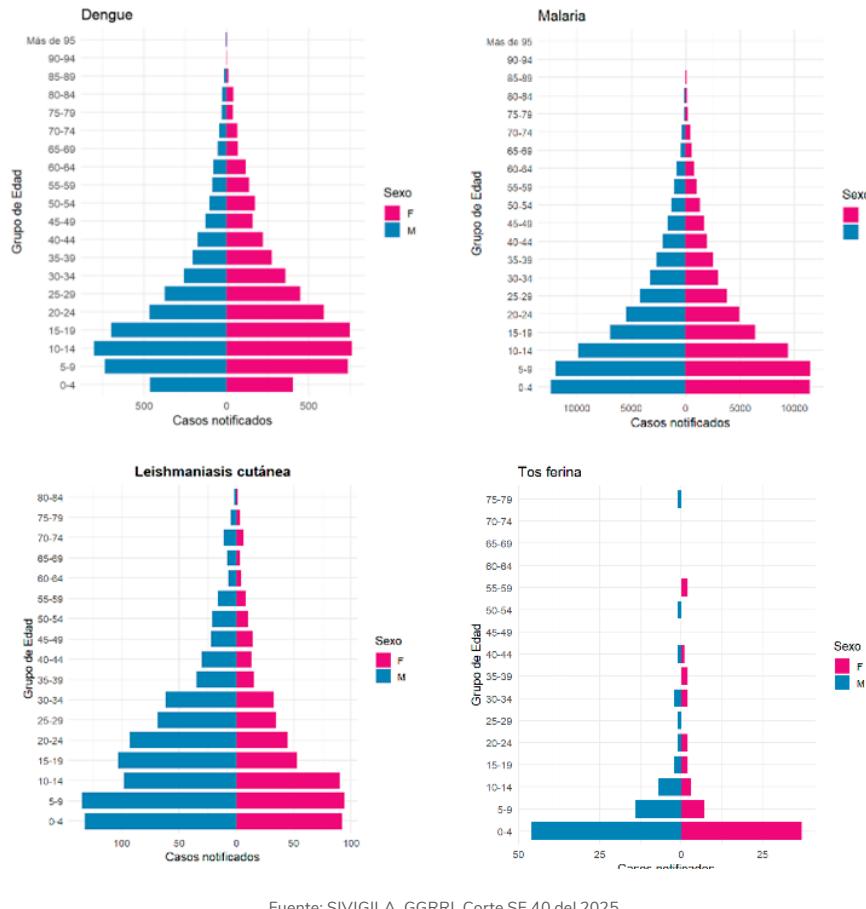
Fuente: Sivigila.

La malaria representó el 60 % de las notificaciones, seguida de desnutrición aguda (11 %) y dengue (3 %). Se evidenció un 15 % de registros sin identificación de grupo étnico. Entre las semanas epidemiológicas 37 y 40 del 2025 la notificación de malaria continúa siendo el evento más representativo, con brotes persistentes en el corredor amazónico y pacífico, asociados a deficiencias en acceso y diagnóstico oportuno. Del mismo modo, se observaron comportamientos inusuales en el evento desnutrición aguda en menores de cinco años en varias entidades territoriales, manteniéndose una mayor concentración de notificación en La Guajira, Chocó y Vaupés. Para Dengue se identificaron comportamientos inusuales, principalmente en zonas de transición ecológica donde cohabitan comunidades indígenas y rurales dispersas, que coinciden con los incrementos en Guaviare, Putumayo, Vaupés, comparándola con comportamiento nacional. Tuberculosis y Tos ferina, cuentan con menor registro de notificación. Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes de Tos ferina en los municipios de Bagadó y Tadó (Chocó), Pueblo Rico y Mistrató (Risaralda), Tierralta (Córdoba), Puerto Gaitán (Meta), Anserma (Caldas), Yavaraté (Vaupés), Ciénaga (Magdalena) y San Rafael (Antioquia) (4).

Los grupos con mayor frecuencia de notificación fueron los Emberá (12 %), Emberá Katío (10 %), Wayúu (12 %), Sikuani (5 %) y Emberá Chamí (5 %). Entre 2017 y 2025 se observa una tendencia estable con picos epidémicos recurrentes en malaria y desnutrición, y aumentos intermitentes en dengue. Los comportamientos inusuales más relevantes se detectaron en desnutrición aguda en menores de cinco años y malaria en zonas amazónicas.

El análisis por sexo muestra una distribución muy similar, excepto para Leishmaniasis cutánea (figura 4), mientras que el análisis etario evidencia que los eventos transmisibles afectan principalmente a la población menor de 15 años, lo que refuerza la importancia de intervenciones preventivas desde la primera infancia, integradas a los sistemas de salud propios.

Figura 4. Representatividad por grupos de edad y sexo en eventos priorizados en poblaciones indígenas, Colombia, 2017 al 2025, semana epidemiológica 40



Fuente: SIVIGILA, GGRRI. Corte SE 40 del 2025.

El análisis presentado evidencia cómo los determinantes sociales y las inequidades estructurales continúan determinando la carga de enfermedad en las comunidades indígenas. La dispersión territorial y la limitada infraestructura sanitaria obstaculizan la detección oportuna de casos, generando rezagos en la notificación y subregistro. Además, las barreras idiomáticas y culturales dificultan la comunicación entre agentes comunitarios y servicios de salud. Por tanto, la vigilancia en salud pública con enfoque diferencial para población indígena no debe limitarse al reporte de eventos, sino que debe impulsar la acción territorial coordinada y culturalmente pertinente.

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.

El 15 % de registros sin información étnica revela un problema persistente en la calidad del dato. Es prioritario reforzar la capacitación de notificadores, mejorar la interoperabilidad de sistemas y fortalecer la articulación entre sistemas de salud propios e institucionales. La vigilancia comunitaria participativa ha demostrado mejorar la sensibilidad del sistema, pero requiere sostenibilidad y respaldo técnico.

Persisten desafíos estructurales y operativos: ampliar la capacidad operativa para cobertura nacional, fortalecer la articulación con instituciones territoriales, lograr la integración plena con sistemas de salud propios y promover el auto reconocimiento de pertinencia étnica y el correcto diligenciamiento de esta variable al momento de la notificación de los eventos.

Seguimiento a población de interés especial: Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera de Colombia, 2025.

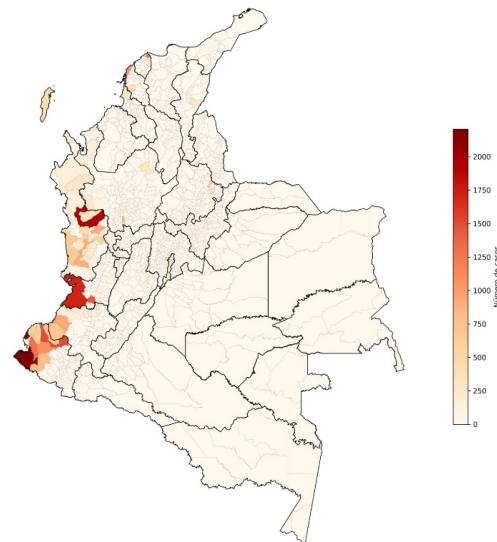
Los países con mayor población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera (NARP) se encuentran en Brasil, Venezuela, Colombia y Ecuador. En Colombia puede representar el 10 % de la población, considerando que se generaron dificultades en la recolección de la información de la población NARP en la última encuesta realizada en el 2018. Según el DANE, en la última encuesta en calidad de vida, se informa que el 50,7 % de la población indígena se encuentra con necesidades básicas insatisfechas (NBI), seguido de negro, mulato, afrodescendiente, afrocolombiano con el 27,7 %, población Gitana con el 20,3 %, palenquero con el 16,6 %, raizal con 11,9 % y el total nacional con 14,3 % (5).

Según la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) de las Naciones Unidas establece que geográficamente las zonas de conflicto, de afectación por confinamiento y restricciones hacen parte de la mayoría de concentración de las poblaciones étnicas, en su mayoría la población NARP (6).

Los departamentos con mayor carga poblacional son: Chocó (75,3 %), Archipiélago de San Andrés y Providencia (54,9 %), Nariño (22,8 %), Cauca (20,0 %), Valle del Cauca (17,5 %), Bolívar (17,0 %), Cesar (13,0 %), Sucre (11,9 %). Los municipios con mayor representatividad de población afrocolombiana: Mosquera, Roberto Payán, Magüí, La Tola, Santa Bárbara, El Charco, Olaya Herrera, Francisco Pizarro (Nariño); Atrato, Condoto, El cantón de San Pablo, Novita, Istmina, Quibdó, Tadó, Río Iro (Chocó); Guapi, Puerto Tejada, Padilla, Guachené, Villa Rica, López de Micay (Cauca), entre otros.

Se definen eventos priorizados por carga de notificación o por factores de riesgo en las poblaciones. Para la población NARP se establece el seguimiento de carga de notificación de dengue, dengue grave, muerte por dengue, malaria, desnutrición aguda en menores de cinco años, leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral, mortalidad materna, Sífilis, Tuberculosis, Violencia de Género, Intento de suicidio y Mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y Desnutrición. Con una afectación en mayor proporción el grupo de edad de 10 a 19 años, seguido de 20 a 29 años y similar distribución masculino y femenino. Esta carga de notificación de eventos priorizados se distribuye principalmente en Quibdó, Buenaventura D. E., El Charco, Timbiquí, Cauca; Lloró, Chocó; Barbacoas, Nariño; Guapi, Cauca; Tadó, Medio Atrato, Medio San Juan; Carmen del Darién; Chocó, entre otros (figura 5).

Figura 5. Carga de notificación de eventos priorizados por municipios, Colombia, 2025

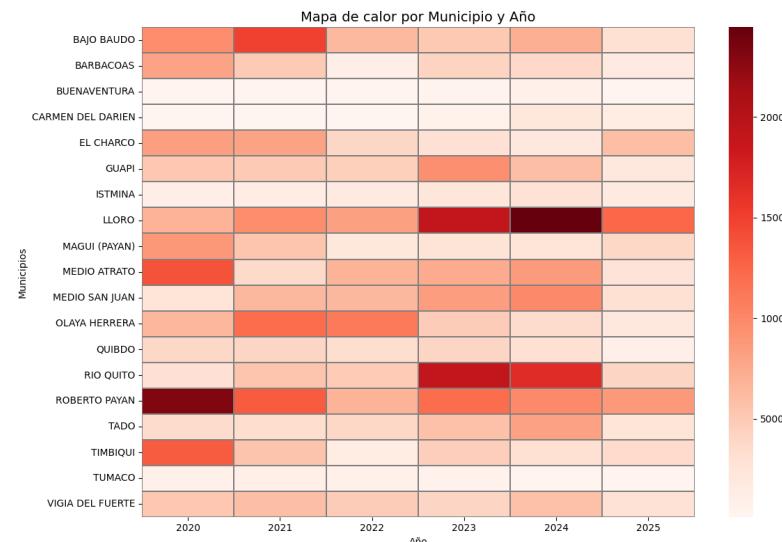


Fuente: Datos Sivigila, 2025

En el seguimiento de eventos como en malaria se identifica una disminución en general en la notificación de casos, correspondiendo con el comportamiento nacional, aunque la tasa de notificación por 100 000 habitantes es superior a la observada en la población en general, con carga de notificación en los municipios de Chocó, Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Buenaventura D. E.

De los municipios afectados se observa también una carga de notificación en disminución con respecto al 2024, sin embargo, se evidencian municipios con más casos notificados como Lloró, Quibdó; Roberto Payán (Nariño), Rio Quito (Chocó) que presentan mayor carga de notificación (figura 6).

Figura 6. Mapa de calor de carga de notificación población NARP de malaria, 2025. Datos de SIVIGILA



En desnutrición aguda en menores de cinco años se observa un aumento considerable en los últimos años, observando semanas epidemiológicas en las semanas epidemiológicas 7, 21, 23, 24, 25 y 29 del 2025. Con una proporción levemente mayor en masculinos con una tasa de 26 casos por 100 mil habitantes, similar a la tasa nacional.

Figura 7. Casos de Desnutrición aguda en menores de cinco años en población NARP, Colombia a Semana Epidemiológica 32, 2025.



Fuente: SIVIGILA, INS, 2025

En el seguimiento de la población Negro, Afrocolombiano, Raizal y Palenquero se establece la necesidad de articular el Sistema de Alerta Temprana con las diferentes estrategias implementadas para el enfoque étnico, con el seguimiento de las poblaciones étnicas, articulando actores sectoriales, nacionales, internacionales, gubernamentales o no gubernamentales para la toma de decisiones con participación de la comunidad y priorizando las poblaciones más vulnerables. Esta articulación impacta directamente sobre varios sistemas que influyen en el sector salud. Se requiere el fortalecimiento de la adaptación del sistema de salud y el sistema de vigilancia en Salud Pública desde las comunidades, las instituciones prestadoras de salud y empresas prestadoras de servicio para el lenguaje inclusivo, integración de saberes ancestrales y un sistema de salud integrado fortaleciendo en las comunidades el autorreconocimiento en todos los territorios del país. El intercambio de saberes desde la implementación de estrategias en la comunidad permite impactar directamente sobre la respuesta a emergencias de interés en salud pública con mayor énfasis en los municipios y departamentos con mayor representatividad de población NARP.

Vigilancia Basada en Comunidad: poblaciones de interés

La Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) es una estrategia progresiva de desarrollo de capacidades que permite a los agentes comunitarios identificar y gestionar potenciales situaciones de interés en salud pública en los territorios. Es particularmente útil en contextos donde el sistema de salud presenta dificultades en el acceso y la atención de las personas y articula a los diferentes actores sociales en acciones de vigilancia epidemiológica que promueven tanto el autocuidado individual como el colectivo [7,8]. Asimismo, identifica

situaciones que se valoran, verifican y se articulan con la vigilancia basada en indicadores y los protocolos de vigilancia en salud pública vigentes.

De manera preliminar, con corte a PE 09 de 2025, se han reportado un total de 5 518 situaciones, de las cuales el 76,6 % (4 231) corresponden a situaciones de interés en salud pública, mientras que el 23,4 % (1 287) no cumplían o fueron captadas primero por la vigilancia de indicadores. En comparación con el mismo período de 2024, cuando se reportaron 2 954 situaciones, se observa un aumento del 43,2 %, lo que indica que la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) ha incrementado su efectividad. Esto permite a los equipos de salud municipales activar rutas de atención más rápidas, realizar investigaciones de brotes con mayor oportunidad y movilizar recursos preventivos según las necesidades de cada territorio.

Durante 2025, se han reportado 551 situaciones de interés (13,0 %) en poblaciones étnicas de las cuales, 431 reportes se han presentado en indígenas (10,2 %) frente a 120 reportes en afrocolombianos (2,8 %). Para comunidades indígenas, el 45,5 % de situaciones reportadas se concentran en la categoría de casos específicos específicamente en malaria (88), signos de alarma de complicaciones en el embarazo y el puerperio (56), signos de alarma de desnutrición (25) y el restante se asocian a violencias de género e intento de suicidio. Para comunidades afrocolombianas, el mayor número de reportes (37,5 %) se concentran en la categoría de síndromes de los cuales 80 % corresponden a síndromes febriles.

Las Entidades Territoriales con mayor número de reportes durante 2025p en comunidades indígenas son Boyacá, Nariño, Vichada, Putumayo y Meta con un rango entre 27 y 106 reportes de situaciones de interés en salud pública y en población auto reconocida como afrocolombiana la entidad territorial que más reportes asocia es Nariño (97) (figuras 8 y 9).

Figura 8. Número de situaciones de interés en salud pública en poblaciones indígenas reportadas por entidad territorial, Colombia, Periodo Epidemiológico IX, 2025

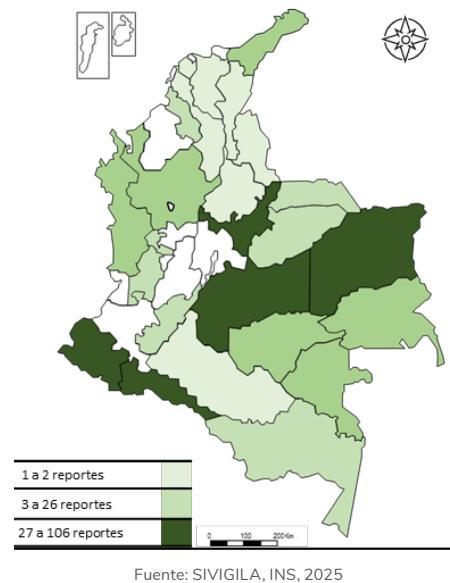


Figura 9. Número de situaciones de interés en salud pública en poblaciones afrocolombianas reportadas por entidad territorial, Colombia, Periodo Epidemiológico IX, 2025



Con el fin de realizar una articulación con las poblaciones diferenciales y étnicas, desde la estrategia de Vigilancia Basada en Comunidad en cada territorio debe establecer un Plan de Abordaje Comunitario. El abordaje comunitario es un paso necesario dentro de fase de planeación para coordinar las acciones con las distintas comunidades, por lo cual, se busca que en 3 fases (planeación, implementación y evaluación), se genere la iteración necesaria para cimentar dichas relaciones y contribuir al fortalecimiento de la gobernanza en salud pública.

Como reflexiones de la aplicación de esta estrategia, se identifica la armonización en rutas para contactar las autoridades de estas poblaciones, se avanza en la formación de agentes comunitarios de las poblaciones indígenas y negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros (NARP) y en la articulación con planes y programas que permitan avanzar en su adherencia (plan de intervenciones colectivas, por ejemplo). Se identifica la necesidad de fortalecer las habilidades de los profesionales en salud en abordaje comunitario y en la validación de las situaciones de interés en salud pública.

La estrategia de Vigilancia Basada en Comunidad avanza en la implementación de una guía específica para NARP (realizada con la Universidad Nacional de Colombia), la construcción de un curso de abordaje comunitario, colaboración realizada con Amazon Conservation Team (ACT), que será presentado por medio de un taller en el III Encuentro Nacional de VBC a finales de octubre; en la ampliación del alcance no solamente hacia las poblaciones étnicas sino demás poblaciones diferenciales (discapacidad, FFMM, PPL etc.) a partir de ejercicios que se han fortalecido conjuntamente con las entidades territoriales; el fortalecimiento técnico para el manejo con la vigilancia de indicadores (manual 1.3), en el cual, entre otras, se ha hecho avances para la respuesta en alojamientos temporales de emergencia y en la articulación que avanza el Instituto Nacional de Salud para la formación de agentes comunitarios en Empresas Administradoras de Planes De Beneficios indígenas.



Referencias

1. DANE. Población indígena de Colombia; 2019. Fecha de consulta: 10 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-eticos/presentacion-grupos-eticos-2019.pdf>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Bogotá; 2022. 10 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
3. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal – SE 40 2024. Bogotá; 2024. 10 de octubre de 2025. Disponible en: https://www.ins.gov.co/busador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025_Boletin_epidemiologico_semana_40.pdf
4. El DANE y las comunidades Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera. DANE. 2025. Fecha de consulta: octubre 2025. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/enfoque-diferencial-e-interseccional/autorreconocimiento-etnico/poblacion-negra-afrocolombiana-raizal-y-palenquera>
5. Colombia: Afectaciones al sector humanitario y ataques contra la misión médica - Balance de Acceso Humanitario 2024 y estrategia de acceso para 2025. 2025. Oficina para las naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios. Disponible en: Colombia: Afectaciones al sector humanitario y ataques contra la misión médica - Balance de Acceso Humanitario 2024 y estrategia de acceso para 2025 | OCHA
6. Instituto Nacional de Salud. ABC de la Gestión del Riesgo colectivo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública. 2022. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Grupo-gesti%C3%B3n-del-riesgo-y-respuesta-inmediata.aspx>.
7. Instituto Nacional de Salud (INS). (2023). Manual 1.2 de Vigilancia Comunitaria: Sistema de Alerta Temprana - Vigilancia Basada en Comunidad, Fases de Implementación. Bogotá, D.C., Colombia: Instituto Nacional de Salud. ISSN: 2954-6060.
8. Instituto Nacional de Salud (INS). (2023). Manual 1.2 de Vigilancia Comunitaria: Sistema de Alerta Temprana - Vigilancia Basada en Comunidad, Fases de Implementación. Bogotá, D.C., Colombia: Instituto Nacional de Salud. ISSN: 2954-6060.





SITUACIÓN NACIONAL

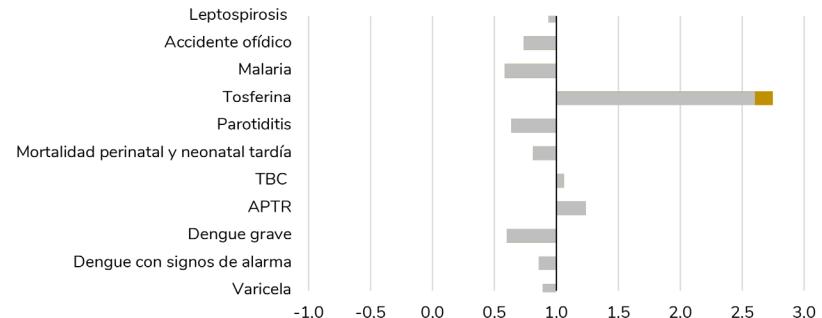
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

Figura 10. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 41 del 2025.



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

*APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

*TBC: Tuberculosis

Para el evento de violencia de género e intrafamiliar de mayor notificación, se realiza el análisis utilizando la metodología de la prueba Z, en la que se comparó el valor observado en la semana epidemiológica evaluada con una línea de base conformada por los datos de los tres años anteriores (2022 al 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 41 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	156 755	130 887	1,29	0,20

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



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

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

En la semana epidemiológica 41 del 2025, 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 41 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	16	94	0,00
Zika	7	5	0,10
Lepra	7	7	0,15
Mortalidad por dengue	5	2	0,06
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	3	0,15
Chicungunya	0	1	0,30
Leishmaniasis mucosa	1	2	0,27

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 del 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 41 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 41 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

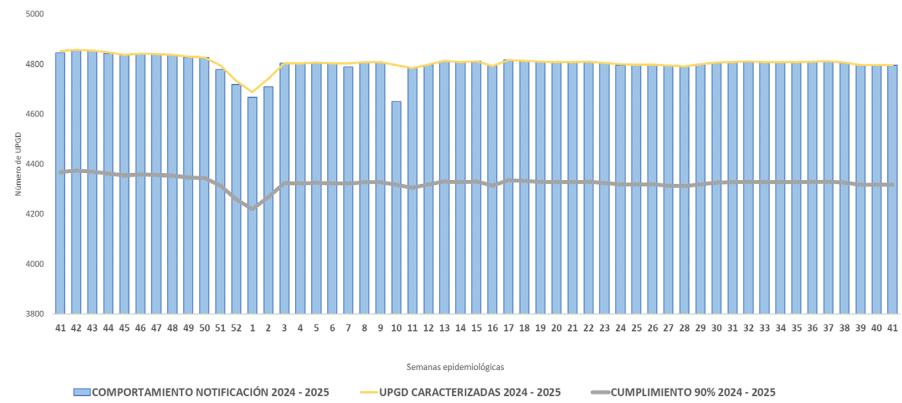
El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 796 / 4 796); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y presentando un aumento del 0,2 % con relación a la semana epidemiológica 41 del año anterior. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (figura 11).



Salud

Figura 11. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 41 del 2025



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



MORTALIDAD



Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección 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 41 del 2025, se han notificado 596 muertes probables en menores de cinco años: 344 por infección respiratoria aguda (IRA), 162 por desnutrición (DNT) aguda y 90 por enfermedad diarreica aguda (EDA); de estos, siete casos de IRA, seis de DNT aguda y dos de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 41 del 2025 se han notificado 581 fallecimientos (337 por IRA, 156 por DNT aguda y 88 por EDA); de estos, 322 casos han sido confirmados, 111 han sido descartados y 148 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 41, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 41 2025			Casos en estudio a SE 41 2025			Tasa a SE 41 2024			Tasa a SE 41 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	108	166	48	27	93	28	4,69	7,34	3,16	2,93	4,50	1,30
Amazonas	0	2	0	0	0	0	10,28	30,84	10,28	0,00	20,59	0,00
Antioquia	3	20	2	5	16	1	3,72	3,48	1,63	0,71	4,71	0,47
Arauca	1	1	0	0	1	0	4,17	12,50	0,00	4,23	4,23	0,00
Atlántico	3	0	0	0	3	0	5,83	8,33	0,83	2,52	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	0	2	1	0	1	1	2,33	5,82	1,16	0,00	2,40	1,20
Bogotá D.C.	0	12	0	0	6	0	0,00	5,42	0,23	0,00	2,76	0,00
Bolívar	1	5	0	1	0	0	0,00	8,93	1,79	0,90	4,51	0,00
Boyacá	0	6	2	1	0	1	0,00	4,69	0,00	0,00	7,11	2,37
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	2	2	5,88	5,88	8,83	2,96	2,96	0,00
Caldas	0	1	1	0	0	0	0,00	5,17	0,00	0,00	1,75	1,75
Santiago de Cali D. E.	0	6	1	0	3	0	0,85	5,93	0,00	0,00	5,22	0,87
Caquetá	1	1	0	0	4	0	4,98	17,44	2,49	2,51	2,51	0,00
Cartagena de Indias D. T.	1	4	1	0	3	0	1,26	10,10	1,26	1,30	5,20	1,30
Casanare	1	0	0	0	0	0	0,00	5,10	2,55	2,57	0,00	0,00
Cauca	0	5	4	3	4	1	0,00	5,63	2,41	0,00	4,06	3,25
Cesar	9	5	3	1	0	0	6,66	5,92	3,70	6,68	3,71	2,23
Chocó	27	24	8	6	7	6	49,07	49,07	55,21	41,52	36,91	12,30
Córdoba	9	5	3	0	4	1	4,06	6,38	1,16	5,27	2,93	1,76
Cundinamarca	0	10	0	0	6	3	0,00	3,09	0,00	0,00	4,41	0,00
Guainía	1	1	0	1	1	1	0,00	54,25	27,13	13,36	13,36	0,00
Guaviare	0	0	1	0	1	0	11,76	11,76	0,00	0,00	0,00	11,91
Huila	1	1	0	0	2	0	0,93	3,71	0,00	0,94	0,94	0,00
La Guajira	25	9	9	2	9	3	31,97	22,20	19,54	22,27	8,02	8,02
Magdalena	6	7	1	1	2	0	13,10	9,82	1,09	6,61	7,71	1,10
Meta	2	5	1	0	0	0	6,89	5,74	3,45	2,32	5,80	1,16
Nariño	2	9	1	0	1	0	2,34	2,34	0,78	1,58	7,11	0,79
Norte de Santander	0	1	0	0	2	2	3,37	3,37	1,68	0,00	0,85	0,00
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	5	2	2	13,17	13,17	11,52	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	1	0	0	2	0	0,00	0,00	4,49	4,54	2,27	0,00
Santander	0	1	0	0	1	0	0,64	3,84	3,84	0,00	0,65	0,00
Sucre	1	5	0	0	2	0	9,04	6,78	0,00	1,14	5,69	0,00
Tolima	0	2	0	0	2	0	0,00	6,39	2,13	0,00	2,15	0,00
Valle del Cauca	1	5	0	0	2	1	2,25	6,74	1,50	0,76	3,80	0,00
Vaupés	1	0	2	1	1	1	36,48	36,48	18,24	18,21	0,00	36,42
Vichada	8	3	0	0	2	0	37,17	61,95	6,20	48,18	18,07	0,00

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 337 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 117 confirmadas por clínica y 49 por laboratorio, 78 descartadas y 93 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 4,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 41 fueron 265, para una tasa de mortalidad de 7,3. casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 41 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, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira y Santander y, a nivel municipal, en Güicán de la Sierra, Pueblo Bello, Florencia, Soacha, Lloró y San Andrés de Tumaco D. E. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron Rhinovirus, Enterovirus, Virus Sincitial Respiratorio, Haemophilus influenzae B, Influenza A, Staphylococcus aureus, Adenovirus, Bordetella pertussis, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, SARS-CoV2, Influenza B, Klebsiella pneumoniae, Metapneumovirus, Parainfluenza tipo 3, Mycoplasma pneumoniae, Parainfluenza tipo 1, Parainfluenza tipo 4, Pseudomonas aeruginosa, Streptococcus pyogenes (tabla 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 41, 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	6	5	2	2	29	10	2	5	0	0	17
Enterovirus	8	4	3	2	1	18	8	1	3	0	0	12
Virus Sincitial Respiratorio	36	4	1	1	0	42	8	1	1	1	0	11
Haemophilus influenzae B	5	2	2	0	0	9	6	3	0	0	0	9
Influenza A	7	3	0	0	1	11	6	0	2	1	0	9
Staphylococcus aureus	11	1	2	2	0	16	8	1	0	0	0	9
Adenovirus	8	6	2	0	0	16	5	0	2	1	0	8
Bordetella pertussis	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
Streptococcus pneumoniae	5	4	3	3	1	16	4	2	2	0	0	8
Moraxella catarrhalis	4	1	2	2	1	10	3	3	1	0	0	7
SARS-CoV2	10	2	0	0	0	12	4	1	0	1	0	6
Influenza B	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	3
Klebsiella pneumoniae	3	1	1	0	0	5	1	1	0	0	0	2
Metapneumovirus	4	1	1	1	0	7	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
Mycoplasma pneumoniae	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Pseudomonas aeruginosa	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1
Enterobacter cloacae	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	128	36	24	14	6	208	79	18	16	5	0	118

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 156 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 108 fueron confirmadas, 21 descartadas y 27 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 41 fue de 175, para una tasa de mortalidad de 4,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 41 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales Bolívar, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Meta,



Norte de Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Quibdó, Alto Baudó, Bojayá, Lloró y Maicao. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran y dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica 41 se han notificado 88 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, cuatro confirmadas por laboratorio (con identificación de agentes etiológicos E. Coli, Norovirus, Adenovirus y Klebsiella pneumoniae), 44 confirmadas por clínica, 12 descartadas y 28 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 41 fue de 118 para una tasa de mortalidad de 3,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 41 del 2018 al 2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira y Vichada y, a nivel municipal, en Quibdó, Bajo Baudó, Lloró, Uribe y Mistrató. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

16

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

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

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33810/UF028779>

En la semana epidemiológica 41 del año 2025 se notificaron al Sivigila ocho casos: tres muertes maternas tempranas, cuatro muertes maternas tardías y una muerte materna coincidente. El país acumula 149 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 142 residen en territorio colombiano y siete residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 41, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	209	124	49	382
2023	192	123	62	377
2024	162	104	37	303
2025p	142	102	35	279

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

A la semana epidemiológica 41 del 2025 se han reportado muertes maternas tempranas en 32 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en La Guajira, Bogotá D. C., Antioquia, Cesar y Norte de Santander. En comparación con el promedio histórico 2021-2024, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Antioquia, Bogotá D. C., Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Santa Marta D. T. y Sucre. Las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, en Yopal (Casanare), Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Inírida (Guainía), Suesca (Cundinamarca), Urumita (La Guajira), presentaron un aumento en muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico 2021-2024 (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 41 del año 2025, el 57,7 % corresponden a causas directas y el 36,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,0 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 41, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021-2024 a SE 41	Acumulado de casos a SE 41	
		2024	2025
Colombia	238	162	142
La Guajira	19	17	15
Bogotá D. C.	23	16	14
Antioquia	20	12	12
Cesar	10	10	12
Norte de Santander	6	5	8
Cundinamarca	12	10	7
Atlántico	8	4	6
Chocó	12	14	6
Nariño	10	7	6
Bolívar	8	3	5
Barranquilla D. E.	6	4	4
Santiago de Cali D. E.	6	5	4
Casanare	2	1	4
Córdoba	12	6	4
Magdalena	9	4	4
Santander	8	4	4
Boyacá	4	2	3
Guainía	0	0	3
Tolima	6	4	3
Huila	5	5	2
Meta	7	6	2
Risaralda	3	2	2
Santa Marta D. T.	6	2	2
Valle del Cauca	5	2	2
Buenaventura D. E.	3	2	1
Caquetá	2	0	1
Cartagena de Indias D. T.	7	0	1
Cauca	6	7	1
Putumayo	2	2	1
Quindío	2	0	1
Sucre	5	2	1
Vichada	3	3	1
Arauca	2	0	0
Caldas	3	1	0
Guaviare	1	0	0
Vaupés	0	0	0
Amazonas	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0

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

SE: semana epidemiológica

Tabla 7. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 41 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 41	Valor observado SE 41
Colombia	238	142
Yopal (Casanare)	1	3
Dibulla (La Guajira)	0	3
Segovia (Antioquia)	0	2
Inírida (Guainía)	0	1
Suesca (Cundinamarca)	0	1
Urumita (La Guajira)	0	1
Riohacha D. E. (La Guajira)	5	1
Maicao (La Guajira)	5	1
Soledad (Atlántico)	5	1

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

SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 41 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 41	Número de casos y proporción a SE 41 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	177	192	100	162	100	142	100
DIRECTA	116	126	65,6	106	65,4	82	57,7
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	34	34	17,7	33	20,4	27	19,0
Hemorragia obstétrica	32	31	16,1	32	19,8	25	17,6
Sepsis obstétrica	13	17	8,9	8	4,9	9	6,3
Evento tromboembólico como causa básica	14	18	9,4	9	5,6	6	4,2
Embarazo ectópico	10	11	5,7	8	4,9	6	4,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	2,1	6	3,7	5	3,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	2	1,0	3	1,9	2	1,4
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,1	4	2,5	2	1,4
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	2	3	1,6	1	0,6	0	0,0
INDIRECTA	58	63	32,8	53	32,7	52	36,6
Otras causas indirectas	24	25	13,0	22	13,6	24	16,9
Otras causas indirectas: neumonía	9	12	6,3	6	3,7	14	9,9
Sepsis no obstétrica	9	11	5,7	7	4,3	5	3,5
Otras causas indirectas: cáncer	9	9	4,7	8	4,9	3	2,1
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,5	0	0,0	3	2,1
Otras causas indirectas: tuberculosis	4	3	1,6	4	2,5	2	1,4
Otras causas indirectas: dengue	3	1	0,5	4	2,5	1	0,7
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,5	1	0,6	0	0,0
Desconocida / indeterminada	2	2	1,0	1	0,6	1	0,7
En estudio	2	1	0,5	2	1,2	7	4,9

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

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

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 07. 25 de junio de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/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 41 del 2025 se han notificado 4 443 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 398 corresponden a residentes en Colombia y 45 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (527), Antioquia (515), Cundinamarca (280), Santiago de Cali D. E. (208) y La Guajira (205). Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 41 del 2025, se presentó comportamiento inusual en decrecimiento en Atlántico, Chocó, Sucre, Putumayo, Arauca y Vichada. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 9).



Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en Agustín Codazzi (Cesar), Tocancipá (Cundinamarca), Timbiquí (Cauca), Pueblo Bello (Cesar), Aguazul (Casanare), La Calera (Cundinamarca), Altos del Rosario (Bolívar), Villapinzón (Cundinamarca), Tenjo (Cundinamarca), Abejorral (Antioquia), San Carlos (Antioquia), Buriticá (Antioquia) y El Litoral del San Juan (Chocó) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,2 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,8 %, neonatales tardías con 17,9 % y fetales intraparto con 10,1 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,8 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,4 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 41 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 41, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 41	Acumulado de casos a SE 41	
		2024	2025
Colombia	6 459	4 731	4 398
Bogotá D. C.	702	594	527
Antioquia	720	539	515
Cundinamarca	341	303	280
Santiago de Cali D. E.	248	210	208
La Guajira	339	242	205
Córdoba	339	215	199
Cesar	233	145	158
Nariño	171	151	149
Barranquilla D. E.	250	149	140
Cauca	214	145	139
Valle del Cauca	173	135	134
Meta	146	109	130
Cartagena de Indias D. T.	216	135	125
Santander	200	131	125
Bolívar	189	116	125
Norte de Santander	199	124	116
Huila	147	104	104
Atlántico	204	130	102
Magdalena	157	118	97
Boyacá	116	91	87
Chocó	162	132	83
Tolima	139	98	83
Sucre	156	108	82
Caldas	79	64	62
Risaralda	92	75	61
Buenaventura D. E.	68	43	54
Casanare	66	51	49
Santa Marta D. T.	85	39	43
Caquetá	54	34	39
Quindío	52	42	35
Putumayo	51	45	32
Arauca	53	31	27
Vichada	32	27	26
Amazonas	15	11	15
Guainía	15	9	13
Guaviare	11	9	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	12	14	9
Vaupés	12	13	9

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

SE: Semana Epidemiológica.



Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 41 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 41 2020 - 2024	Valor observado a SE 41 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	6 459	4 398	-
Agustín Codazzi (Cesar)	15	25	22
Tocancipá (Cundinamarca)	5	13	15
Timbiquí (Cauca)	5	11	15
Pueblo Bello (Cesar)	5	9	2
Aguazul (Casanare)	3	8	38
La Calera (Cundinamarca)	3	7	7
Altos del Rosario (Bolívar)	2	6	1
Villapinzón (Cundinamarca)	2	6	5
Tenjo (Cundinamarca)	2	6	9
Abejorral (Antioquia)	1	5	3
San Carlos (Antioquia)	2	5	5
Buriticá (Antioquia)	1	5	3
El Litoral del San Juan (Chocó)	2	5	5

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 41, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 41, 2023 -2025					
	2023 a SE 41	(%)	2024 a SE 41	(%)	2025 a SE 41	(%)
Colombia	5 675	100,0	4 731	100,0	4 398	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 409	24,8	1 246	26,3	1 135	25,8
Prematuridad-inmadurez	1 044	18,4	780	16,5	728	16,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	909	16,0	699	14,8	591	13,4
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	589	10,4	532	11,2	410	9,3
Infecciones	497	8,8	417	8,8	364	8,3
Malformación congénita	512	9,0	438	9,3	346	7,9
Sin información	23	0,4	0	0,0	250	5,7
Otras causas de muerte	341	6,0	315	6,7	254	5,8
Causas no específicas	128	2,3	118	2,5	155	3,5
Trastornos cardiovasculares	149	2,6	139	2,9	124	2,8
Lesión de causa externa	54	1,0	22	0,5	22	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	20	0,4	25	0,5	19	0,4

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

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

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



EVENTOS TRAZADORES



Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 41 del 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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

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

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

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

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una disminución porcentual en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa y urgencias, hospitalizaciones de sala general y en las unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 34 a 41 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 34 a SE 37 2025	SE 38 a SE 41 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	559 196	550 366	● -1,58%	↓
Hospitalización en sala general	24 987	23 124	● -7,46%	↓
Hospitalización en UCI/UCIM	3 135	2 946	● -6,03%	↓

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 41 del 2025 se notificaron 123 841 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 Atlántico, Barranquilla D. E., Chocó, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D.T., Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Buenaventura D. E. y en el Archipiélago de San Andrés Islas y Providencia. 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 (38 a 41 del 2025) en 24 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 38 a 41 del 2025

Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	81 581	76 981	7 618	9 533
La Guajira	Maicao	48 201	55 899	2 485	8 101
Santander	Floridablanca	23 080	27 749	1 681	7 097
Cundinamarca	Soacha	64 579	67 284	3 524	6 015
Antioquia	Itagüí	65 289	66 848	4 130	4 454
Cundinamarca	Chía	54 330	47 536	3 620	4 432
La Guajira	Uribia	44 415	39 383	2 458	4 429
Antioquia	Bello	61 437	49 969	4 117	4 144
Antioquia	Rionegro	23 275	30 149	1 930	2 453
Risaralda	Dosquebradas	21 985	24 283	1 207	2 243
Boyacá	Sogamoso	13 291	17 608	1 200	2 195
Valle del Cauca	Palmira	24 209	22 508	1 649	2 146
Córdoba	Sahagún	19 016	20 676	1 679	2 117
Bolívar	Magangué	13 914	18 464	846	2 038
Santander	Barrancabermeja D. E.	15 801	24 298	639	1 993
Cundinamarca	Zipaquirá	17 584	19 286	1 535	1 889
Cundinamarca	Funza	11 982	13 599	918	1 842
Boyacá	Duitama	21 987	18 263	1 563	1 839
Magdalena	Ciénaga	20 215	19 150	793	1 839
Córdoba	Cerete	14 387	15 561	570	1 537
Antioquia	Envigado	19 744	21 017	1 580	1 454
Córdoba	Lorica	12 752	13 028	1 081	1 364
Cundinamarca	Facatativá	18 605	14 678	1 429	1 336
Huila	Pitalito	9 937	11 376	736	1 312
Valle del Cauca	Yumbo	11 407	12 131	0 956	1 277
Antioquia	Apartadó	14 815	14 577	0 998	1 239
Norte de Santander	Ocaña	13 513	14 353	412	1 183
Cundinamarca	Madrid	16 141	11 949	865	1 178
Cundinamarca	Girardot	17 044	16 732	1 097	1 154
Valle del Cauca	Cartago	13 743	14 047	608	1 115
Antioquia	Turbo	11 986	12 417	830	1 100
Casanare	Yopal	13 135	12 394	957	959
Atlántico	Malambo	8 103	6 165	457	846
Valle del Cauca	Tuluá	14 373	10 518	489	823
Cesar	Aguachica	7 608	9 844	751	804
Santander	Piedecuesta	5 540	8 634	252	771
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	7 173	5 837	646	651
Cundinamarca	Mosquera	5 626	6 281	317	646
Santander	Girón	6 865	6 898	254	589
Cauca	Santander de Quilichao	10 516	9 200	770	574
Cauca	Guapi	2 136	4 095	197	469
Norte de Santander	Villa del Rosario	4 471	5 209	305	298
Nariño	La Florida	650	623	58	72

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

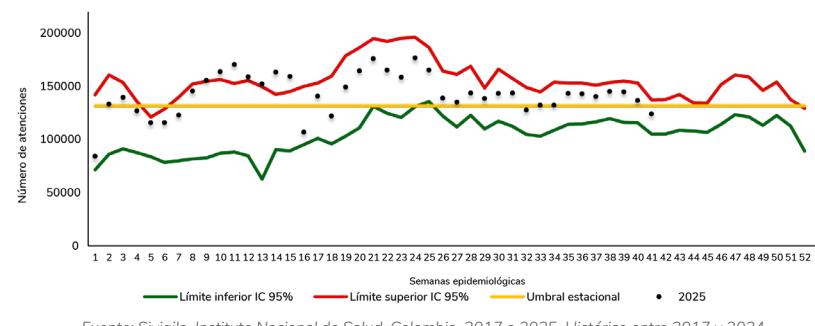
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (38 a 41 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 25,1 % (138 237) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,4 % (107 243). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 12,3 % y los menores de dos a cuatro años con el 11,8 % respectivamente.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; de la semana 16 a la 41 se observó un descenso ubicándose dentro de los límites esperados (figura 12).

Figura 12. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 41 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 41 del 2025 se notificaron 5 317 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Chocó, Guainía y La Guajira e incremento en Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Nariño, Risaralda, Santa Marta D. T., Sucre y Tolima. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (38 a 41 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 170) representaron el 36,0 %, seguido de los menores de un año con el 23,1 % (3 962). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se

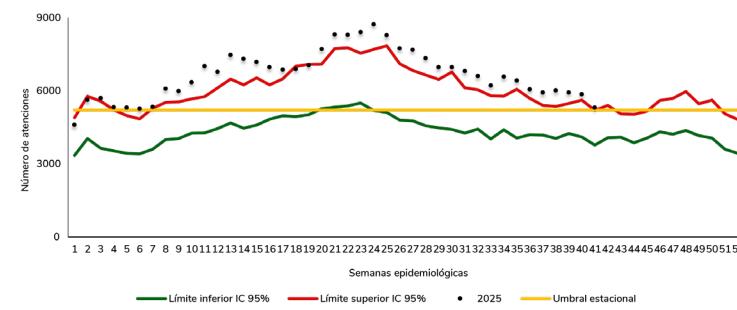
**Semana epidemiológica
5 al 11 de octubre de 2025**

41

presentó en el grupo de los niños de un año con 25,8 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,9 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17 y 20 a 41 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con una leve disminución esta última semana (figura 13).

Figura 13. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 41 del 2025

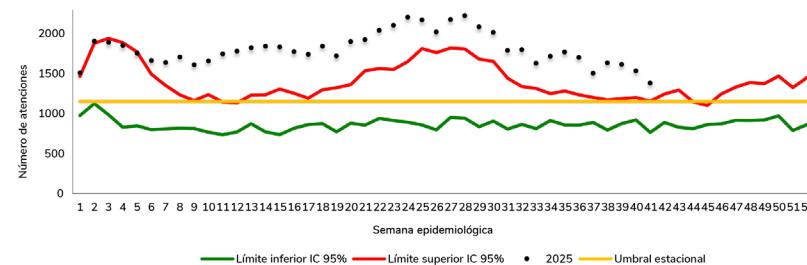


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 41 del 2025, se notificaron 1 385 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 41 se ubicó por encima del límite superior (figura 14).

Figura 14. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 41 del 2025



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

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

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

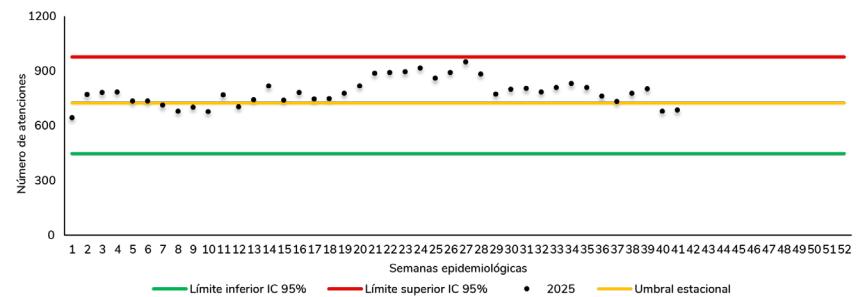
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 41 del 2025 se notificaron 686 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en diez entidades territoriales. Se presentó disminución en Buenaventura D. E., Caquetá, Guaviare, La Guajira y Magdalena. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Bogotá D. C., Bolívar, Caldas, Santiago de Cali D. E., Casanare, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (38 a 41 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 37,0 % (1 090), seguido de los menores de un año con el 25,7 % (757) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con el 25,9 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 20,7 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional desde la semana epidemiológica 13 hasta la 39 una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional, seguido de una disminución en semana epidemiológica 40 y 41 ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 15).

Figura 15. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 41 del 2025

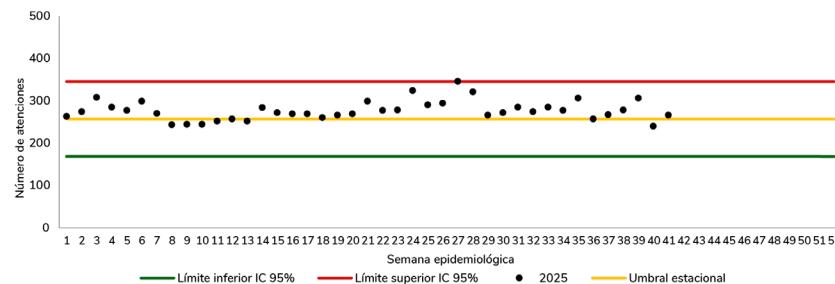


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 41 del 2025, se notificaron 266 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidenció para esta semana una tendencia al aumento ubicándose por encima del umbral estacional (figura 16).

Figura 16. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 41 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 38 a 41 de 2025 se observó una disminución porcentual en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa y urgencias, hospitalizaciones en sala general y en UCI/UCIM en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y UCI/UCIM para semana 41 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general se ubican por encima del límite superior, pero con tendencia a la disminución.

En el contexto de los fenómenos climáticos presentados a nivel nacional y como preparación del inicio del segundo pico respiratorio, se insta a las entidades territoriales a:

- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.

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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

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

En Colombia, durante el último periodo epidemiológico a semana epidemiológica 41 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa variación significativa al incremento para metapnemovirus y parainfluenza. Al decremento para VSR, SARS-CoV2 y coronavirus. Los demás patógenos virales se mantienen estables. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14).

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

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 34 a 41 del 2025

Agente viral identificado	SE 34 a SE 37			SE 38 a SE 41			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	48,7	54,1	29,5	49,2	58,1	32,7	
Rinovirus	17,1	14,5	13,0	13,0	5,3	12,5	
VSR	36,1	50,3	4,3	4,3	5,3	6,3	
Enterovirus	11,0	6,7	8,7	8,7	12,5	-	
Adenovirus	8,0	9,7	-	5,7	37,5	-	
Influenza B	-	-	-	-	-	-	
Influenza A	9,1	8,5	21,7	11,9	12,5	37,5	
Parainfluenza	3,4	1,8	8,7	8,7	5,3	12,5	
Metapnemovirus	3,4	2,4	8,7	9,4	5,3	12,5	
A(H1N1)pdm09	4,6	0,6	17,4	5,7	18,8	18,8	
SARS-CoV2	3,4	3,6	-	0,6	12,5	-	
A(H3N2)	0,8	1,2	-	-	-	-	
Coronavirus	3,0	0,6	13,0	0,6	6,3	-	

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

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.

*Se muestra la variación con significancia estadística

COVID-19

Metodología

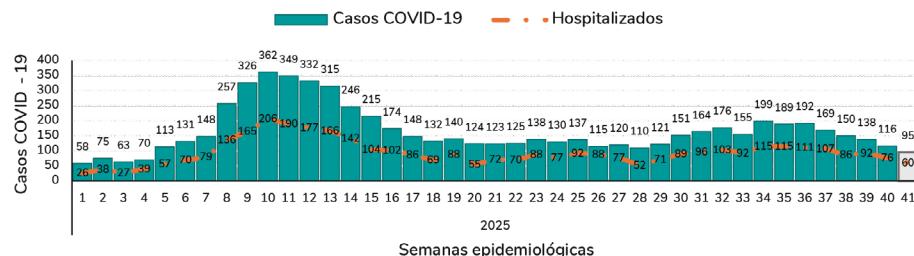
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 41 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 ($p < 0,05$)) decrecimiento (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 11 de octubre del 2025 (semana epidemiológica 41) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 6 791 casos de COVID-19 (6 770 de procedencia Colombia y 21 casos del exterior). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (38 a 41 del 2025), se ha observado una disminución del 33,4 %, con 499 casos registrados en comparación con el periodo epidemiológico esperado (semanas epidemiológicas 34 a 37 del 2025), en el cual se reportaron 749 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 29,9 %, pasando de 448 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 314 casos en el periodo analizado (figura 17).

Figura 17. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 41 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:41 *SE: semana epidemiológica.



En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 38 a 41), se registró una incidencia de 0,94 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 32 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 114 municipios.

En comparación con el periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 34 a 37), este indicador evidencia un aumento significativo a nivel departamental y distrital en Huila. A nivel municipal, el incremento se observa en Neiva (Huila), Pasto (Nariño) y Mocoa (Putumayo).

Durante el 2025, en Colombia se han notificado 119 fallecimientos asociados a COVID-19 (116 con procedencia nacional y 3 del exterior), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 0,2 fallecimientos por cada 100 000 habitantes a nivel nacional. En el período analizado, se reportaron tres fallecimientos en Bogotá D. C. y un fallecimiento en Huila. El 69,7 % de los casos (85 fallecimientos) correspondió a personas de 60 años o más.

Tabla 15. Fallecimientos por COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 41 del 2025.

Entidad Territorial	Acumulados	Fallecidos		Mortalidad	
		PE anterior	PE actual	PE anterior	PE actual
Colombia	116	9	4	0,02	0,01
Bogotá D. C.	35	4	3	0,05	0,04
Huila	2	0	1	0,00	0,08
Antioquia	7	2	0	0,03	0,00
Bolívar	1	0	0	0,00	0,00
Boyacá	3	0	0	0,00	0,00
Caldas	1	0	0	0,00	0,00
Cauca	5	0	0	0,00	0,00
Córdoba	5	1	0	0,05	0,00
Cundinamarca	8	0	0	0,00	0,00
Chocó	1	0	0	0,00	0,00
La Guajira	2	0	0	0,00	0,00
Magdalena	2	0	0	0,00	0,00
Meta	6	0	0	0,00	0,00
Nariño	3	0	0	0,00	0,00
Norte de Santander	1	0	0	0,00	0,00
Quindío	5	1	0	0,18	0,00
Santander	7	0	0	0,00	0,00
Sucre	3	0	0	0,00	0,00
Tolima	4	0	0	0,00	0,00
Valle del Cauca	4	0	0	0,00	0,00
Santiago de Cali D. E.	4	0	0	0,00	0,00
Arauca	5	1	0	0,36	0,00
Casanare	1	0	0	0,00	0,00
Guaviare	1	0	0	0,00	0,00
Exterior	3	-	-	-	-

Fuente: Sivigila, 2025. SE:41. *SE: Semana Epidemiológica.

PE : Periodo Epidemiológico -PE anterior (SE 34-37) y PE actual (SE 38-41)

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.



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 41 del 2025, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

- **Dengue sin signos de alarma:** enfermedad febril aguda de 2 a 7 días de evolución en la que se observan dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-ocular, migajas, 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/busquedas/lineamientos/Pro_Dengue.pdf

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

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

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

En la semana epidemiológica 41 del 2025 se notificaron 1 638 casos de dengue: 1 188 casos de esta semana y 450 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 107 647 casos, 67 177 (62,4 %) sin signos de alarma, 39 429 (36,6 %) con signos de alarma y 1 041 (1,0 %) de dengue grave.

El 58,1 % (62 584) de los casos a nivel nacional proceden de Santander, Córdoba, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Cartagena de Indias D. T., Tolima, Valle del Cauca y Atlántico (tabla 16); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 37 a 40 del 2025) el 58,2 % (4 117) de los casos se concentran en Norte de Santander, Santander, Antioquia, Meta, Córdoba, Cartagena de Indias D. T., Cesar y Tolima.

Tabla 16. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 41 del 2025.

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 33-36 de 2025)	Observado (SE 37-40 de 2025)
Santander	9 676	32.5	0.6	674	711
Córdoba	9 598	36.6	0.3	685	484
Meta	9 329	33.6	1.2	594	528
Norte de Santander	7 798	40.0	1.2	661	760
Antioquia	7 619	34.6	0.8	586	577
Cartagena de Indias D. T.	5 402	23.7	1.1	347	389
Tolima	5 206	32.7	1.0	285	317
Valle del Cauca	4 190	26.5	0.5	230	293
Atlántico	3 766	44.1	1.4	276	254
Bolívar	3 643	39.0	0.8	272	287
Cundinamarca	3 567	39.8	0.6	87	134
Sucre	3 484	57.3	0.7	213	190
Huila	3 116	35.4	3.0	113	130
Putumayo	2 986	28.2	0.7	93	119
Santiago de Cali D. E.	2 976	35.3	0.8	182	211
Cesar	2 904	56.1	1.8	385	351
Barranquilla D. E.	2 718	36.5	1.1	105	184
La Guajira	2 613	58.6	1.4	146	93
Arauca	2 362	32.0	1.0	117	99
Caquetá	2 239	39.3	1.3	29	17
Magdalena	1 687	58.2	1.0	234	203
Casanare	1 512	32.3	0.4	54	60
Risaralda	1 042	34.9	1.2	36	45
Guaviare	1 036	19.3	0.5	37	80
Nariño	1 033	32.7	1.4	81	68
Cauca	1 016	37.5	1.6	42	29
Chocó	977	17.2	0.8	76	91
Quindío	898	25.9	0.2	42	66
Vichada	724	30.2	0.6	20	40
Boyacá	662	45.3	0.5	40	26
Santa Marta D. T.	527	59.8	0.8	55	93
Caldas	349	49.9	0.3	14	16
Amazonas	331	29.9	0.0	29	28
Exterior	262	49.6	5.3	20	25
Buenaventura D. E.	189	36.0	1.6	16	12
Vaupés	118	8.5	1.7	5	42
Archipiélago de San Andrés y Providencia	51	41.2	0.0	2	2
Guainía	41	39.0	0.0	0	17
Colombia	107 647	36,6	1,0	6 883	7 071

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

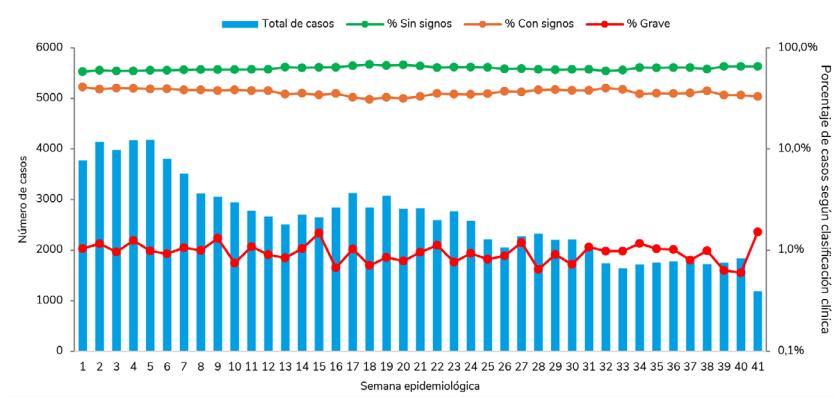
La información es notificada semanalmente por la entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 37 a 40 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 33 a 36 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Barranquilla D. E., Cundinamarca, Guaviare, Quindío, Santa Marta D. T., Vichada y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Boyacá, Caquetá, Cauca y La Guajira; 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 18); 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 37 a 40 del 2025) fueron: Boyacá, Caldas, Cesar, Córdoba, Magdalena, Santa Marta D. T., La Guajira.

Figura 18. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 41 del 2025.

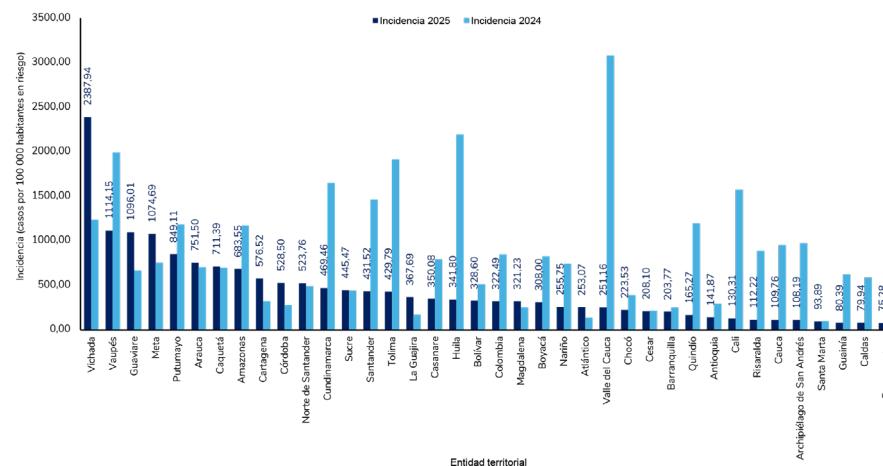


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025

A semana epidemiológica 41 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 322,5 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 846,7 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, Vaupés, Guaviare y Meta presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 41 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos por 100 000 habitantes (figura 19). Por grupo de edad, la mayor

incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 608,5 casos por 100 000 habitantes.

Figura 19. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 41, 2024-2025.



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

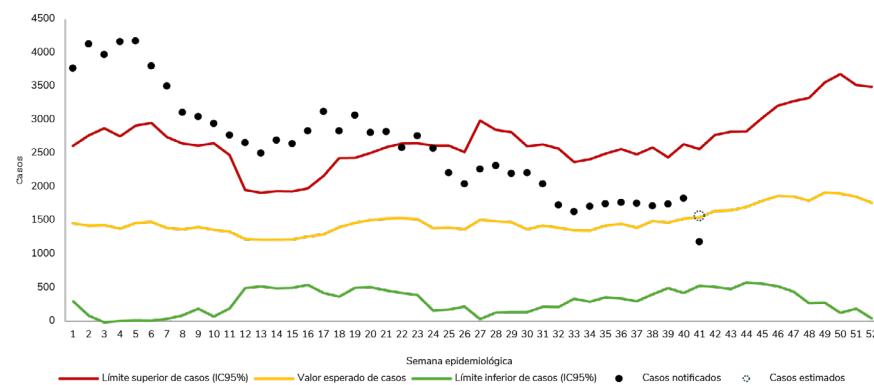
En la semana epidemiológica 41 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose un comportamiento estable en las últimas semanas con una variación de 2,7 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 37 a 40 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 33 a 36 del 2025) (figura 20).

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 32,4 % (12) se encuentra dentro de lo esperado, el 37,8 % (14) se encuentra en situación de alerta y el 29,7 % (11) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico. De este último grupo, la entidad territorial de Córdoba se encuentra en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada (tabla 17).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 41 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el

12,4 % (102) 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 19,3 % (11/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

Figura 20. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 41 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 41 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 41, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de octubre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Córdoba	Antioquia, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Vaupés	Amazonas, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada
Alerta	Atlántico, Bolívar, Cartagena de Indias D. T., Cesar	Chocó, La Guajira, Magdalena, Nariño, Santa Marta D.T., Santander y Valle del Cauca	Arauca, Boyacá, Meta,
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, Tolima, Sucre	Caquetá, Casanare, Cauca, Huila, Santiago de Cali D. E.

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 41 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado	Observado
Antioquia	Bello	21,1	117	8	15
	Itagüí	18,9	52	3	7
	Turbo	289,0	388	36	30
Cauca	Popayán	37,3	101	6	5
Córdoba	Cereté	320,8	353	41	28
Cundinamarca	Fusagasugá	271,0	448	3	20
Meta	Villavicencio	921,5	4 699	347	362
Norte de Santander	Cúcuta	607,5	4 638	369	412
Risaralda	Pereira	109,2	530	14	23
Santander	Barrancabermeja D. E.	319,5	686	55	75
Arauca	Arauca	219,2	220	20	12

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

30

A semana epidemiológica 41 del 2025, se han notificado 337 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 91 casos, se descartaron 204 casos y se encuentran en estudio 42 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela) y de las muertes en estudio, 1 caso procede del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,08 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 251 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 41, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 41, 2025	Letalidad por dengue a SE 41, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0.29	0.12
Vichada	2	1	0.28	0.00
La Guajira	6	4	0.23	0.00
Cauca	2	1	0.20	0.08
Santa Marta D. T.	1	0	0.19	0.18
Putumayo	5	0	0.17	0.24
Huila	5	1	0.16	0.02
Antioquia	9	2	0.12	0.12
Barranquilla D. E.	3	1	0.11	0.00
Meta	10	0	0.11	0.11
Chocó	1	0	0.10	0.12
Cartagena de Indias D. T.	5	0	0.09	0.17
Sucre	3	1	0.09	0.09
Arauca	2	0	0.08	0.18
Bolívar	3	1	0.08	0.14
Santander	7	6	0.07	0.09
Santiago de Cali D. E.	2	1	0.07	0.05
Córdoba	6	3	0.06	0.02
Magdalena	1	3	0.06	0.00
Cundinamarca	2	1	0.06	0.06
Atlántico	2	1	0.05	0.10
Norte de Santander	4	4	0.05	0.14
Tolima	2	7	0.04	0.09
Cesar	1	0	0.03	0.23
Boyacá	0	1	0.00	0.11
Caquetá	0	1	0.00	0.14
Quindío	0	1	0.00	0.11
Exterior	4	1	1,53	0.89
Colombia	87	41	0,08	0,09

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %. SE: semana epidemiológica.

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 41 del 2025, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1 600 m.s.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.

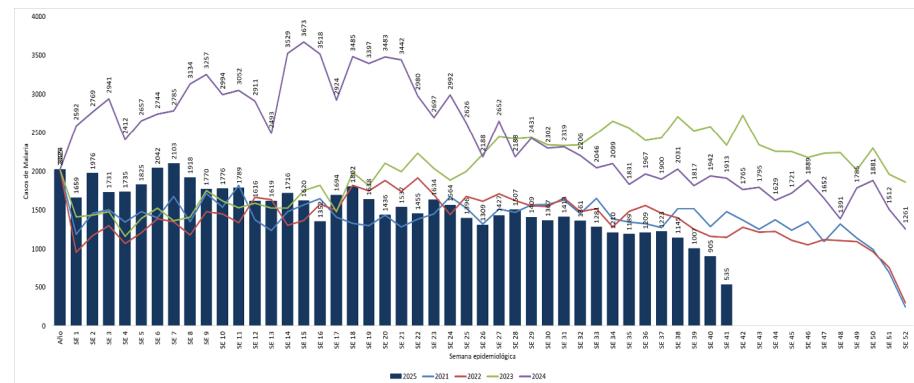
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad por malaria, como lo muestra el canal endémico (figura 21).

Figura 21. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 41 del 2021 al 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 41 del 2025 se notificaron 1 062 casos de malaria, para un acumulado de 61 900 casos, de los cuales 60 796 son de malaria no complicada y 1 104 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,9 % (42 028), seguido de *Plasmodium falciparum* con 30,9 % (19 152) e infección mixta con 1,2 % (720). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,7 %), Antioquia (15,4 %), Nariño (12,9 %), Córdoba (8,2 %), Vaupés (6,2 %), Risaralda (4,2 %), Amazonas (4,1 %), Cauca (3,1 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Vichada (2,4 %), Bolívar (2,3 %), Guainía (2,2 %) y Boyacá (1,5 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,8 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.



Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 41 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 34 a 37	Casos 2025 SE 38 a 41	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 247	210	81	133,65
Córdoba	Tierralta	2 997	253	173	30,03
Chocó	Quibdó	2 580	163	85	17,84
Risaralda	Pueblo Rico	2 329	257	171	138,72
Antioquia	El Bagre	1 878	143	126	33,35
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 667	194	86	5,14
Chocó	Lloró	1 587	135	139	149,56
Nariño	El Charco	1 569	120	56	67,49
Nariño	Roberto Payán	1 419	62	51	106,47
Chocó	Bajo Baudó	1 415	123	81	41,70
Chocó	Bagadó	1 358	215	209	114,67
Nariño	Olaya Herrera	1 287	86	48	48,62
Chocó	Tadó	1 280	112	103	63,51
Guainía	Inírida	1 273	82	82	33,57
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 260	137	85	288,00
Nariño	Magüí	1 203	42	30	4,51
Vichada	Cumaribo	1 134	36	34	13,03
Chocó	Istmina	1 117	103	67	33,03
Chocó	Alto Baudó	1 098	127	91	35,12
Córdoba	Puerto Libertador	1 057	56	32	23,27
Chocó	Medio San Juan	1 049	94	85	89,17
Cauca	Timbiquí	914	36	5	32,51
Boyacá	Cubará	898	23	22	105,41
Antioquia	Nechí	844	33	43	30,25
Bolívar	Montecristo	813	53	67	44,26
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	806	51	28	3,02
Nariño	Barbacoas	804	32	30	13,72
Chocó	El Cantón del San Pablo	779	40	29	112,80
Cauca	Guapi	762	88	33	25,80
Antioquia	Chigorodó	704	38	34	11,31
Antioquia	Turbo	703	39	52	5,23
Chocó	Carmen del Darién	643	32	22	29,02
Antioquia	Segovia	601	59	34	14,69
Antioquia	Cáceres	574	34	39	18,42
Antioquia	Mutatá	549	39	44	36,51

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 72,7 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 47,2 % de los casos por *P. vivax*; de estos se evidencia decremento en el municipio de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, Quibdó, Tarapacá, Puerto Libertador, Alto Baudó y Bajo Baudó y en incremento los municipios de Bagadó, Lloró, Cumaribo y Montecristo (tabla 21). Mientras que, 15 municipios aportan el 61,9 % de los casos por *P. falciparum*, de los cuales se evidencia en decremento en los municipios de El Charco, Quibdó, Buenaventura D. E, Timbiquí, Magüí, Bajo Baudó, Guapí, Olaya Herrera, Istmina y Tierralta y en incremento el municipio de Roberto Payán y Lloró 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 41 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 34 a 37 de 2025	Casos SE 38 a 41 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	208	81	-61 %	7,6 %
Córdoba	Tierralta	220	146	-34 %	6,1 %
Risaralda	Pueblo Rico	239	156	-35 %	4,9 %
Antioquia	El Bagre	111	110	-1 %	3,6 %
Chocó	Quibdó	99	52	-47 %	3,4 %
Guainía	Inírida	78	79	1 %	3,0 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	113	66	-42 %	2,5 %
Córdoba	Puerto Libertador	47	32	-32 %	2,3 %
Chocó	Bagadó	118	125	6 %	2,2 %
Boyacá	Cubará	23	22	-4 %	2,2 %
Chocó	Lloró	75	77	3 %	2,1 %
Vichada	Cumaribo	27	30	11 %	2,1 %
Chocó	Alto Baudó	82	52	-37 %	1,8 %
Bolívar	Montecristo	48	65	35 %	1,8 %
Chocó	Bajo Baudó	57	43	-25 %	1,6 %

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 41 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 34 a 37 de 2025	Casos SE 38 a 41 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	113	49	-57 %	7,7 %
Chocó	Quibdó	63	33	-48 %	6,1 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	122	49	-60 %	5,5 %
Cauca	Timbiquí	36	5	-86 %	4,8 %
Nariño	Roberto Payán	17	18	6 %	4,6 %
Nariño	Magüí	27	21	-22 %	4,6 %
Chocó	Bajo Baudó	66	37	-44 %	3,8 %
Cauca	Guapi	75	26	-65 %	3,7 %
Nariño	Olaya Herrera	49	23	-53 %	3,6 %
Chocó	Tadó	58	54	-7 %	3,6 %
Chocó	Lloró	47	60	28 %	3,2 %
Chocó	Istmina	48	41	-15 %	3,0 %
Nariño	Barbacoas	8	9	13 %	2,8 %
Chocó	Medio San Juan	41	41	0 %	2,5 %
Córdoba	Tierralta	32	27	-16 %	2,5 %

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 41 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; se encuentran 5 departamentos en situación de incremento y 9 departamentos en situación de decrecimiento, a nivel municipal se encuentran 28 municipios en incremento y 71 municipios en decremento (tabla 23)

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 del 2025

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado a SE 41 2024	SE 41 2024	Acumulado a SE 41 2025	SE 41 2025	Esperado	Observado
Chocó	Lloró	5	3 393	45	1 592	9	121	140
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	690	19	1 275	23	46	89
Chocó	Medio San Juan	5	1 740	18	1 053	21	77	85
Bolívar	Montecristo	5	1 179	21	849	17	56	68
Chocó	Istmina	5	1 659	21	1 128	5	61	67
Vichada	Puerto Carreño	4	96	3	335	5	19	60
Antioquia	Turbo	5	1 243	8	717	9	38	53
Antioquia	Nechí	5	575	4	850	11	20	43
Meta	Puerto Gaitán	4	124	3	322	12	7	40
Antioquia	Cáceres	4	512	10	575	3	29	39
Chocó	Belén de Bajirá	5	128	0	161	2	8	24
Boyacá	Cubará	4	1 383	21	903	2	15	22
Arauca	Saravena	4	178	4	472	2	3	18
Amazonas	Leticia	4	533	14	520	2	12	17
Antioquia	Anorí	5	70	1	91	1	8	14
Chocó	San José del Palmar	4	47	2	30	0	6	14
Amazonas	Puerto Arica (CD)	4	5	0	40	6	3	11
Caquetá	Florencia	4	122	1	264	0	6	10
Chocó	Acandí	4	123	3	133	1	6	10
Amazonas	El Encanto (CD)	4	1	1	28	4	0	9
Risaralda	La Virginia	4	40	0	107	1	1	7
Arauca	Tame	4	11	1	21	0	1	4
Meta	Puerto Rico	4	4	0	72	0	1	4
Córdoba	Sahagún	4	1	0	6	1	0	3
Bolívar	Achí	4	39	0	47	0	0	2
Córdoba	San Antero	4	3	0	5	1	0	2
Nariño	Pasto	1	6	1	5	1	0	2
Sucre	Guaranda	4	2	0	4	0	0	2

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 infecciosas¹.

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 41 del 2025, se han notificado 17 071 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 16 946 corresponden a residentes en Colombia y 125 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (42 del 2024 a 41 del 2025) es de 0,58 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 142 municipios a nivel nacional (12,6 %) y de disminución en 25 municipios (2,2 %) (tabla 24).

El 80,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 19,1 % como desnutrición aguda severa. El 6,0 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (28,6 %) y de 1 año (27,7 %). Según el área de residencia, el 66,6 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 41 del 2025, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T, Sucre, Vaupés y el Archipiélago de San Andrés y Providencia. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2020 a 2024, se observaron diferencias significativas en la notificación de 22 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 41, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 41 de 2024	Casos a SE 41 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	20 122	16 946	0,58	12,6	2,2
La Guajira	2 311	1 379	1,77	13,3	0,0
Vichada	271	167	1,53	0,0	25,0
Chocó	896	671	1,46	19,4	3,2
Magdalena	591	667	0,95	51,7	0,0
Risaralda	365	385	0,83	28,6	0,0
Cesar	763	759	0,76	16,0	4,0
Arauca	298	143	0,74	0,0	42,9
Guaviare	83	57	0,72	0,0	0,0
Amazonas	62	56	0,69	9,1	0,0
Cartagena de Indias D. T.	361	434	0,68	0,0	0,0
Casanare	254	206	0,66	5,3	5,3
Antioquia	2 358	2 200	0,63	24,0	1,6
Boyacá	418	417	0,61	5,7	0,0
Bolívar	555	509	0,61	22,2	4,4
Nariño	742	554	0,60	9,4	1,6
Putumayo	161	155	0,59	0,0	0,0
Bogotá D. C.	2 598	2 104	0,57	0,0	0,0
Guainía	50	36	0,56	11,1	11,1
Norte Santander	548	582	0,55	12,5	2,5
Vaupés	46	23	0,52	16,7	16,7
Sucre	237	326	0,51	34,6	3,8
Buenaventura D. E.	204	138	0,50	0,0	0,0
Meta	433	307	0,50	6,9	0,0
Cundinamarca	1 185	939	0,49	3,4	0,9
Huila	451	375	0,48	10,8	0,0
Tolima	382	277	0,46	6,4	0,0
Santa Marta D. T.	110	147	0,46	100,0	0,0
Valle del Cauca	507	503	0,45	27,5	0,0
Santiago de Cali D. E.	465	480	0,43	0,0	0,0
Caquetá	162	111	0,39	0,0	6,3
Córdoba	504	412	0,35	6,7	0,0
Barranquilla D. E.	226	268	0,35	0,0	0,0
Santander	542	402	0,35	9,2	2,3
Caldas	218	155	0,33	7,4	0,0
Atlántico	410	286	0,31	4,5	18,2
Quindío	71	67	0,27	0,0	0,0
Cauca	276	246	0,27	4,8	2,4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	3	0,13	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 41 de 2024 a SE 40 de 2025.

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

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

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

Tabla 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, Semana Epidemiológica 41 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Cesar	Valledupar	143	259
Antioquia	Turbo	46	115
Tolima	Ibagué	53	79
Sucre	Sincelejo	36	73
Boyacá	Sogamoso	30	56
Valle del Cauca	Jamundí	31	55
Risaralda	Dosquebradas	30	54
Arauca	Arauca	69	46
Antioquia	Rionegro	27	43
Huila	Pitalito	25	38
Valle del Cauca	Yumbo	31	37
Cesar	Aguachica	21	35
Norte de Santander	Ocaña	32	35
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	16	34
Cauca	Popayán	24	32
Cundinamarca	Chía	22	32
Santander	Piedecuesta	35	32
Antioquia	Envigado	12	26
Norte de Santander	Villa del Rosario	46	26
Atlántico	Sabanalarga	36	24
Bolívar	Turbaco	12	21
Cundinamarca	Girardot	41	21

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

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

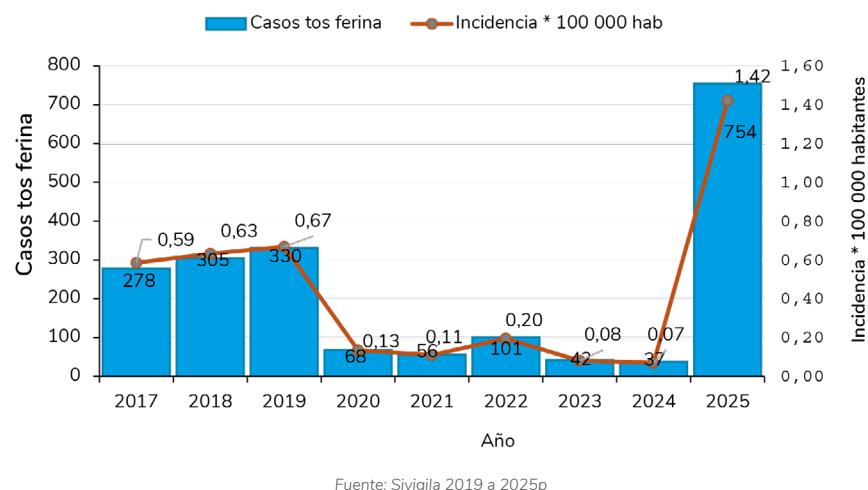
Tos ferina

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

Durante el 2025 (semanas epidemiológicas 1 a 40), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 5 813 casos de tos ferina. De estos, el 13,1 % (764 casos) fueron confirmados (754 con procedencia nacional y 10 importados), el 78,9 % (4 586 casos) fueron descartados y el 8,0 % (463 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,42 casos por cada 100 000 habitantes. Al compararla con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un incremento respecto a los años 2017 a 2024, cuando la incidencia no superó los 0,67 casos por cada 100 000 habitantes (figura 22).

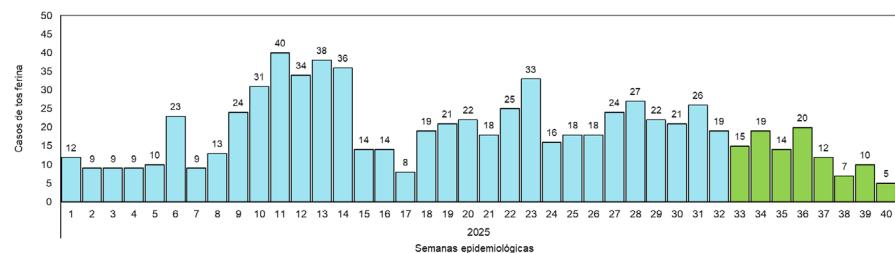
Figura 22. Incidencia de casos confirmados de tos ferina a Semana Epidemiológica 40, Colombia, 2017-2025.



La figura 23 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante el 2025 (semana epidemiológica 1 a 40). Se evidencia un incremento progresivo a partir de la semana 6, con un pico máximo en la semana 11 (40 casos). Posteriormente, los casos disminuyen, aunque se

presentan repuntes en las semanas 23 (33 casos), 28 (27 casos), 31 (26 casos) y 36 (20 casos). En las últimas ocho semanas se observa una tendencia descendente, con una reducción del 50 %, al pasar de 68 casos (semanas epidemiológicas 33 a 36) a 34 casos (semanas epidemiológicas 37 a 40).

Figura 23. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 del 2025



Sivigila 2025p.

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 40, del 2019 al 2025p

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 256 casos y una incidencia de 3,22 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 177 casos (2,55), Cundinamarca con 47 casos (1,33) y Caldas con 23 casos (2,18).

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. Incidencia de tos ferina por departamento de procedencia, hasta la
Semana Epidemiológica 40, (2019 al 2025)**

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p	Minigráfico	2025 p
Colombia	0,67	0,13	0,11	0,20	0,08	0,07	1,42		754
Bogotá D. C.	0,86	0,09	0,01	0,06	0,04	0,05	3,22		256
Antioquia	0,84	0,18	0,16	0,13	0,04	0,07	2,55		177
Cundinamarca	0,45	0,13	0,06	0,00	0,12	0,14	1,33		47
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	2,18		23
Huila	0,36	0,35	0,00	0,00	0,08	0,34	1,90		23
Cartagena de Indias D. T.	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,08		21
Risaralda	0,84	0,10	0,00	0,52	0,00	0,00	1,79		18
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,90		18
Santiago de Cali D. E.	0,13	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,79		18
Chocó	0,37	0,18	3,66	0,51	0,00	0,33	2,70		16
Meta	0,19	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	1,12		13
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,98		12
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,57		12
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,94		10
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,77		10
Cesar	0,48	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,61		9
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57		9
Nariño	0,43	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	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
Barranquilla D. E.	0,24	0,16	0,00	0,00	0,00	0,22	0,47		6
Santander	0,45	0,13	0,61	0,04	0,04	0,04	0,25		6
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,52		5
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69		4
Santa Marta D. T.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,69		4
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,39		4
Tolima	0,15	0,07	0,07	0,07	0,22	0,14	0,22		3
Norte de Santander	0,96	0,12	0,00	0,00	0,35	0,06	0,18		3
Vaupés	110,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,53		2
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,72		2
Caquetá	1,48	0,73	0,00	0,00	0,00	0,93	0,47		2

Fuente: Siviqila 2019 a 2025p

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,06 casos por cada 100 000 habitantes (33 casos). La incidencia más alta en el periodo observado la tuvo Vaupés con 2,27 casos por cada 100 000 habitantes (1 caso), seguido de Cartagena de Indias D. T. con 0,30 (3 casos) (tabla 27).

Tabla 27. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho semanas epidemiológicas (33 a 40) del 2025

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior (SE 33-36)	Casos PE actual (SE 37-40)	Incidencia PE anterior (SE 33-36)	Incidencia PE actual (SE 37-40)	Tendencia de la incidencia
Colombia	703	1,42	67	33	0,13	0,06	 
Vaupés	2	4,53	1	1	2,27	2,27	 
Cartagena de Indias D. T.	21	2,08	2	3	0,20	0,30	 
Quindío	6	1,08	2	1	0,36	0,18	 
Santa Marta D. T.	4	0,69	1	1	0,17	0,17	 
Chocó	16	2,70	1	1	0,17	0,17	 
Barranquilla D. E.	6	0,47	1	2	0,08	0,16	 
Córdoba	18	0,90	4	3	0,20	0,15	 
Magdalena	5	0,52	0	1	0,00	0,10	 
Antioquia	177	2,55	14	7	0,20	0,10	 
Caldas	23	2,18	2	1	0,19	0,09	 
Meta	13	1,12	3	1	0,26	0,09	 
Bolívar	12	0,98	3	1	0,24	0,08	 
Boyacá	10	0,77	2	1	0,15	0,08	 
Cesar	9	0,61	0	1	0,00	0,07	 
Atlántico	9	0,57	0	1	0,00	0,06	 
Bogotá D. C.	256	3,22	20	5	0,25	0,06	 
Nariño	8	0,47	0	1	0,00	0,06	 
Valle del Cauca	12	0,57	0	1	0,00	0,05	 
Cundinamarca	47	1,33	3	0	0,08	0,00	 
La Guajira	10	0,94	1	0	0,09	0,00	 
Risaralda	18	1,79	1	0	0,10	0,00	 
Tolima	3	0,22	1	0	0,07	0,00	 
Santiago de Cali D. E.	18	0,79	5	0	0,22	0,00	 

Fuente: sivigila 2019-2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 40 del 2025

Durante 2025 se confirmaron 88 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 21 municipios de 12 entidades territoriales. El mayor número de casos se registró en Urrao (Antioquia) con 29, seguido de Bagadó (Chocó) con 13 y Bogotá D. C. con 6 casos.

Actualmente, se encuentran en seguimiento brotes en población indígena en los municipios de Bagadó y Tadó (Chocó), Pueblo Rico y Mistrató (Risaralda), Tierralta (Córdoba), Puerto Gaitán (Meta), Anserma (Caldas), Yavaraté (Vaupés), Ciénaga (Magdalena) y San Rafael (Antioquia) (tabla 28).

En población indígena se han confirmado siete fallecimientos, todos ocurridos en menores de un año.



Tabla 28. Casos de tos ferina en población indígena en Colombia, por departamento de procedencia, hasta la semana epidemiológica 40 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado
Colombia		88	7	Abierto
Antioquia	Urrao	29	2	Cerrado
	Betulia	1	0	Cerrado
	San Rafael	2	0	Abierto
Bogotá D.C.	Bogotá D. E.	6	0	Cerrado
Cauca	Caloto	1	0	Cerrado
Caldas	Belalcázar	3	0	Cerrado
	Manizales	5	0	Cerrado
	Anserma	1	0	Abierto
Chocó	Bagadó	13	2	Abierto
	Tadó	2	0	Abierto
	El Carmen de Atrato	1	0	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	0	Cerrado
	Riohacha D. E.	2	0	Cerrado
	Uribia	4	0	Cerrado
Córdoba	Tierralta	4	2	Abierto
Meta	Puerto Gaitán	6	1	Abierto
Risaralda	Pueblo Rico	1	0	Abierto
	Mistrató	2	0	Abierto
Magdalena	Ciénaga	1	0	Abierto
Vichada	Cumaribo	1	0	Cerrado
Vaupés	Yavaraté (CD)	2	0	Abierto

Fuente: Sivigila 2025p



ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, octubre 15 del 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 136 casos de fiebre amarilla y tres (3) casos procedentes del exterior (Estado Apure 2 y Estado Amazonas 1), con 55** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar), con una letalidad acumulada preliminar del 39,7 % (54/136)*, un caso de mortalidad en estudio. Se han descartado 1 955 casos.

Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos. En lo corrido del 2025p, se han confirmado 113 casos de fiebre amarilla, de los cuales 41 son casos fallecidos confirmados. La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (116 casos):** Ataco (26), Villarrica (22), Cunday (20), Prado (17), Chaparral (8), 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 área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)
- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1)

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

** El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales, Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.



Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (39)**, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

La edad mediana de 44,5 años (edad mínima de 2 y máxima de 92 años), con predominio del sexo masculino (109 hombres y 27 mujeres). Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 años (30 casos) y los de 60 a 64 años (15 casos).

Se han confirmados 70 casos de epizootias de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH) distribuidos así: 53 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), San Antonio (5), Cunday (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (2), Purificación (1); ocho (8) casos procedentes de Huila en los municipios de: Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho (8) casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un (1) caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio.

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

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

Brote de enfermedad diarreica aguda (EDA), Bogotá D.C. Octubre 15 del 2025

Brote de ETA notificado el 28 de septiembre en población escolarizada confinada. Se identificaron 16 casos entre 408 expuestos (tasa de ataque: 3,9 %). Todos los casos recibieron atención médica ambulatoria, no se reportaron hospitalizaciones ni muertes. Se descartó brote por ETA al evidenciar transmisión persona a persona, configurándose brote de EDA. Los resultados de agua estuvieron dentro de parámetros normales. Dentro del acompañamiento realizado se identificó baja adherencia al lavado de manos, no cuentan con insumos y aspectos por mejorar limpieza/desinfección. Se brindan recomendaciones para el control del evento. Están pendientes los resultados del análisis microbiológico. Esta información está sujeta a cambios y en seguimiento por referente del evento.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

*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 (1).

** El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales, Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

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

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

Brote de chagas agudo. Valledupar, Cesar. Octubre 15 del 2025.

En septiembre del 2025 se identificó un brote familiar identificando siete personas afectadas entre los 9 y 69 años, incluyendo al padre, sus hijos y la abuela; la pareja del padre no presentó síntomas ni anticuerpos, posiblemente por tener hábitos alimentarios distintos. La investigación sugiere una transmisión oral, posiblemente por consumo de jugos o alimentos contaminados con el parásito *Trypanosoma cruzi*. En el entorno del hogar se hallaron vectores silvestres cercanos, aunque la vivienda cuenta con cocina moderna y enchapada. El evento se clasifica como un brote familiar de Chagas agudo de probable origen alimentario, con la fuente de contagio aún en estudio y pendientes los resultados de laboratorio remitidos al Instituto Nacional de Salud. Esta información está sujeta a cambios y en seguimiento por referente del evento.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud Cesar.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 41 del 2025 no se notificaron casos o alertas de mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunclo; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

ALERTAS INTERNACIONALES

Situación mundial sobre sarampión. Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Fecha de publicación: 10 de octubre del 2025.

Entre el 1 de septiembre del 2024 y el 31 de agosto del 2025, los 30 Estados miembros de la Unión Europea (UE) notificaron 10 825 casos, de los cuales 7 738 (71,5 %) fueron confirmados por laboratorio. Durante este periodo se registraron ocho muertes: cinco en Rumanía, dos en Francia y una en los Países Bajos.

Con corte a octubre de 2025, los países de la UE reportaron los siguientes



Salud

casos: Austria (149 casos), Alemania (237), Italia (432), Lituania (9), Países Bajos (506), Noruega (4), Polonia (75), Rumania (8 369 casos y ocho muertes), España (344) y Suecia (8 casos). En los territorios ultraperiféricos, La Reunión (Francia) informó cuatro casos locales entre julio y octubre de 2025.

Fuera de la región, con información actualizada a octubre de 2025, Inglaterra reportó 772 casos confirmados y una muerte, Ucrania 1 425 casos, y 20 países africanos un total de 126 503 casos (9 537 confirmados) y 9 956 muertes (letalidad 0,8 %). En el continente americano, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (26 de septiembre de 2025), se notificaron 11 668 casos confirmados, principalmente en Canadá (5 006 casos, una muerte), México (4 645 casos, 22 muertes) y Estados Unidos (1 509 casos, tres muertes).

En la Región del Pacífico Occidental, entre enero y septiembre de 2025 se confirmaron 14 364 casos en 14 países, con mayores registros en Indonesia (6 748 casos), Mongolia (1 595), Laos (1 470), China (1 429), Camboya (1 098) y Filipinas (1 011). A pesar de la tendencia descendente observada en 2025, el sarampión continúa presentando transmisión activa y brotes localizados en diversas regiones, especialmente en poblaciones con bajas coberturas de vacunación.

Fuente: Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Communicable disease threats report, 4 -11 October 2025, week 41. Fecha de publicación: 10 de octubre de 2025. Fecha de consulta: 15 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-41-2025.pdf>

Actualización epidemiológica sobre Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 15 de octubre del 2025.

En el 2025, hasta la semana epidemiológica 41, se han notificado a la Organización Mundial de Salud Animal (OMSA) 435 brotes de influenza aviar en aves domésticas (384) y/o silvestres (51) en: Argentina (6), Bolivia (1), Brasil (19), Canadá (43), los Estados Unidos (334), Guatemala (1), México (8), Panamá (1) y Perú (22). Adicionalmente, se registraron 3 227 detecciones de influenza aviar A(H5N1) en aves silvestres en los Estados Unidos, 333 en Canadá y 16 en las Islas Malvinas.

En el mismo periodo se notificaron a la OMSA 77 brotes en mamíferos silvestres (15) y domésticos (62) en los Estados Unidos y Canadá. Desde marzo del 2024 en los Estados Unidos, se han identificado brotes en ganado bovino lechero en 18 estados, que afectaron a 1 080 rebaños hasta el 14/10/2025.

En el 2025, hasta la semana epidemiológica 41, se han notificado cinco casos humanos de influenza aviar A(H5) en la Región, en México (2) y en los Estados Unidos (3). Desde 2022 hasta el 14/10/25, un total de 76 infecciones humanas, incluyendo dos defunciones, fueron reportadas en: Estados Unidos (71), México (2 – el más reciente el 02/10/25), Canadá (1 – 2024), Chile (1 – 2023) y Ecuador (1 – 2023).

La OPS, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la OMSA, recomiendan a los países trabajar en forma colaborativa e intersectorial para preservar la sanidad animal y proteger la salud de las personas.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización epidemiológica - Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 15 de octubre de 2025. Fecha de consulta: 16 de octubre de 2025. <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-10/2025-oct-15-phe-actualizacion-influenza-avian-es.pdf>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por Entidad Territorial a
Semana Epidemiológica 41 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 41

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	51	0	2	400	35	37	331	21	28	99	9	8	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Antioquia	485	12	8	17050	1358	1698	7619	257	577	2634	121	201	59	4	2	552	44	9	75	5	8
Arauca	91	3	2	728	57	74	2362	68	99	756	14	15	24	0	0	3	0	0	58	6	8
Atlántico	100	4	4	3552	263	314	3766	285	254	1661	171	122	54	7	3	2	0	0	6	1	0
Barranquilla D.E.	14	0	0	3808	255	359	2718	356	184	991	182	59	31	7	1	20	0	0	19	2	1
Bogotá D.C.	2	0	0	19934	1796	1949	0	0	0	0	0	0	0	0	0	107	16	4	10	2	0
Bolívar	242	7	3	2535	200	246	3643	327	287	1422	172	108	28	8	1	2	0	0	4	1	0
Boyacá	60	1	1	6004	489	550	662	24	26	300	9	18	3	0	0	6	0	0	7	1	1
Buenaventura D.E.	20	0	0	104	10	10	189	30	12	68	13	3	3	0	0	1	0	0	1	0	0
Caldas	56	1	2	3458	288	327	349	18	16	174	11	11	1	0	0	10	1	0	44	5	2
Santiago de Cali D.E.	7	0	0	4422	414	440	2976	597	211	1050	251	66	25	7	3	64	18	3	42	2	2
Caquetá	164	3	4	998	89	91	2239	54	17	880	31	5	29	0	1	2	0	0	8	2	0
Cartagena de Indias D.T.	13	0	1	1630	129	174	5402	348	389	1278	183	91	60	9	4	6	0	0	0	0	0
Casanare	141	3	7	1546	119	157	1512	122	60	489	48	15	6	2	1	46	0	0	4	0	1
Cauca	83	1	0	4780	441	385	1016	59	29	381	24	11	16	1	1	30	1	4	8	0	1
Cesar	260	10	3	2662	178	259	2904	277	351	1629	178	178	51	6	1	5	1	0	24	6	1
Chocó	175	4	1	260	16	35	977	71	91	168	16	22	8	1	0	2	0	0	49	1	0
Córdoba	241	9	5	4403	349	391	9598	415	484	3514	202	249	31	4	2	4	1	0	13	3	0
Cundinamarca	68	2	0	12675	1056	1199	3567	184	134	1420	90	46	21	1	1	21	3	2	18	1	1
Guainía	18	1	0	169	12	17	41	5	17	16	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	89	1	2	331	30	25	1036	26	80	200	7	3	5	0	0	1	0	0	1	0	0
Huila	133	1	0	5683	453	595	3116	265	130	1104	112	34	92	7	1	10	1	2	8	2	0
La Guajira	119	2	5	1951	159	193	2613	137	93	1531	97	49	37	3	1	4	0	0	11	0	1
Magdalena	119	5	2	2152	186	180	1687	115	203	982	77	120	17	2	3	1	0	0	11	2	0
Meta	224	5	7	3779	310	364	9329	330	528	3136	132	148	110	3	6	97	3	6	13	1	1
Nariño	98	3	5	6381	525	616	1033	71	68	338	23	28	14	1	1	5	1	0	14	2	1
Norte de Santander	273	8	6	5712	440	546	7798	371	760	3121	215	253	97	5	5	28	9	1	27	4	0
Putumayo	133	2	1	1554	130	157	2986	44	119	843	14	42	22	0	1	0	0	0	4	1	0
Quindío	14	0	0	2604	211	207	898	28	66	233	10	15	2	0	1	29	2	0	4	0	0
Risaralda	52	1	0	3734	297	347	1042	22	45	364	11	11	13	0	1	7	2	0	1	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	374	26	25	51	9	2	21	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	40	2	0	1960	114	165	527	59	93	315	35	59	4	1	1	3	0	0	27	3	13
Santander	193	3	7	6711	522	641	9676	506	711	3143	251	227	58	4	5	83	4	2	15	2	1
Sucre	87	3	1	2511	187	233	3484	327	190	1995	197	94	25	5	1	2	0	0	3	0	0
Tolima	130	3	4	6280	494	641	5206	626	317	1704	304	83	52	5	2	6	0	0	26	3	1
Valle del Cauca	67	1	2	7763	596	761	4190	411	293	1110	174	71	23	3	1	19	4	1	41	3	2
Vauqués	43	0	0	247	13	6	118	10	42	10	3	0	2	0	1	13	0	0	3	0	1
Vichada	48	1	3	234	22	19	724	11	40	219	3	13	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	4,153	102	88	151,079	12,269	14,433	107,385	6,886	7,046	39,299	3,396	2,486	1,027	96	52	1,191	111	34	601	55	47



Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 41

 Decreto
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
	Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado
Amazonas	2625	204	233	5	2	1	5459	541	524	162	16	16	0	0	0	4017	389	211	15	15	15
Antioquia	9536	751	586	206	27	23	783982	77332	61898	38264	2434	2604	4422	740	648	300546	35931	27353	515	720	515
Arauca	596	6	25	12	1	3	22971	2391	2371	3215	120	261	86	3	17	6611	664	467	27	53	27
Atlántico	0	0	0	15	5	4	140147	12264	16584	3095	299	355	1868	219	437	61040	3649	5626	102	204	102
Barranquilla D.E.	0	0	0	30	8	4	203857	18298	24487	12043	447	1638	1709	254	334	74596	5650	6136	140	250	140
Bogotá D.C.	0	0	0	242	45	54	1528492	127902	133522	71856	4581	5250	8125	1274	1559	607506	63706	59078	527	702	527
Bolívar	1442	84	107	15	5	3	118091	11644	13126	2403	256	313	416	117	109	26129	2448	2699	125	189	125
Boyacá	903	0	22	33	6	4	124012	12286	12882	6958	440	608	439	67	98	41546	4109	4109	87	116	87
Buenaventura D.E.	1712	155	88	4	0	0	5864	1137	651	101	9	5	10	2	1	2327	302	177	54	68	54
Caldas	20	2	0	18	2	1	76153	7442	7095	3058	245	224	1098	120	155	23278	3159	2043	62	79	62
Santiago de Cali D.E.	3	1	0	81	12	21	218306	21196	18801	8354	515	405	529	87	71	84041	13286	7881	208	248	208
Caquetá	356	11	16	9	0	0	29020	2933	2952	1812	140	210	33	8	5	11681	1694	1222	39	54	39
Cartagena de Indias D.T.	6	0	1	18	5	6	181488	17905	21912	10784	399	965	1473	193	313	46048	4196	6123	125	216	125
Casanare	5	4	1	5	2	1	24668	2770	2045	498	63	59	44	15	13	8943	1003	706	49	66	49
Cauca	1885	259	44	32	3	8	98719	9236	8538	3322	114	294	544	70	95	35242	5149	3467	139	214	139
Cesar	14	2	0	28	3	6	119049	10686	12566	6171	629	661	443	168	144	24036	2474	2137	158	233	158
Chocó	17619	2163	1178	16	3	2	33681	2131	3052	1891	147	61	34	3	4	13520	993	1661	83	162	83
Córdoba	5034	804	269	31	5	2	185641	14863	17973	9462	555	1123	1366	252	295	48474	3857	3822	199	339	199
Cundinamarca	0	0	0	74	10	18	348482	27020	32004	12720	782	1060	1392	263	217	130412	13344	13349	280	341	280
Guainía	1377	400	91	0	0	0	2417	212	237	115	28	10	1	0	0	1393	121	155	13	15	13
Guaviare	901	98	57	0	0	0	6195	579	604	322	35	59	42	12	7	2826	258	253	11	11	11
Huila	0	0	0	22	6	5	96505	9421	7403	4936	291	349	647	71	128	36133	5103	3196	104	147	104
La Guajira	35	2	3	13	2	3	202061	15048	24906	2615	649	378	215	75	37	35424	4921	3612	205	339	205
Magdalena	3	1	0	8	2	2	106858	8986	11837	3309	245	255	78	12	1	29289	2848	2697	97	157	97
Meta	796	35	58	13	1	2	77510	6428	7010	3093	185	238	242	79	60	39052	4223	3180	130	146	130
Nariño	8020	866	307	64	8	11	123583	13171	10852	7131	372	612	165	25	25	41068	7334	4259	149	171	149
Norte de Santander	504	141	37	63	11	13	144846	12568	11574	8348	712	814	704	104	120	46345	5754	4267	116	199	116
Putumayo	71	4	3	7	2	1	30439	2326	2783	1220	109	122	31	5	6	10084	1171	935	32	51	32
Quindío	4	2	0	11	2	2	49179	5583	4309	2533	203	218	364	55	58	22586	2971	2186	35	52	35
Risaralda	2575	289	188	27	6	4	101684	9244	9158	4848	245	334	441	41	122	28999	3848	3451	61	92	61
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	6474	695	471	839	76	70	1	0	0	2358	321	226	9	12	9
Santa Marta D.T.	0	0	0	12	1	4	65902	2928	8572	2955	200	299	750	175	143	16763	1392	1570	43	85	43
Santander	10	1	1	88	8	16	226088	16041	24875	14831	1156	1459	1919	371	377	73819	6895	6802	125	200	125
Sucre	88	5	9	12	2	3	80755	8866	9238	7733	685	967	1398	276	320	18541	2873	1600	82	156	82
Tolima	0	0	0	24	4	2	130578	10339	10354	8873	356	543	371	58	48	51232	5327	4687	83	139	83
Valle del Cauca	62	10	1	53	8	6	135533	12014	12100	3272	244	268	704	80	113	54986	6488	5055	134	173	134
Vaupés	3805	229	117	15	1	3	6642	405	731	78	12	14	5	1	0	2126	103	259	9	12	9
Vichada	1505	172	96	3	0	0	3338	394	369	20	6	3	2	0	1	1481	141	179	26	32	26
Total nacional	61,515	6,742	3,538	1,309	208	238	5,844,669	515,225	550,366	273,280	18,000	23,124	32,111	5,295	6,081	2,064,498	227,956	196,836	4,398	6,459	4,398

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 41

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos probables y descartados			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1	0	0	1	1	0	4	0	0	38	8	0	25	5	4
Antioquia	9	11	1	557	58	39	23	5	0	1684	28	77	2133	202	194	676	104	43
Arauca	1	1	0	19	2	2	5	1	0	27	2	5	113	18	6	78	2	4
Atlántico	7	3	0	59	5	2	0	1	0	30	0	4	818	81	97	107	5	2
Barranquilla D.E.	2	2	0	144	7	5	0	2	0	47	4	13	819	82	72	215	23	12
Bogotá D.C.	12	11	0	1249	121	117	628	5	13	2365	51	100	4211	377	372	2551	343	245
Bolívar	3	3	0	36	4	1	1	1	0	31	4	4	483	48	31	46	2	4
Bogotá D.C.	4	2	0	157	17	9	24	1	4	49	3	1	739	62	56	316	27	18
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	24	2	0	7	0	0
Caldas	2	2	0	58	7	3	1	1	0	42	1	3	372	38	28	49	2	1
Santiago de Cali D.E.	2	4	0	125	22	9	0	2	0	35	3	1	896	95	66	433	45	24
Caquetá	0	1	0	30	3	2	0	0	0	4	2	0	210	19	12	20	2	2
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	56	5	4	2	1	0	42	2	4	462	61	44	18	2	1
Casanare	2	1	0	23	2	2	9	0	0	1	1	0	199	25	39	20	3	2
Cauca	4	3	0	65	10	3	1	1	0	22	2	0	423	26	21	246	15	15
Cesar	4	3	0	55	5	3	0	2	0	25	3	6	402	33	103	31	2	1
Chocó	0	1	0	9	0	0	3	1	0	143	3	1	49	6	5	16	0	0
Córdoba	4	4	0	133	15	6	2	2	0	41	1	4	925	146	91	116	12	3
Cundinamarca	6	6	0	348	33	30	212	2	7	502	12	21	2105	172	168	441	44	35
Guainía	1	0	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	83	1	9	2	1	1
Guaviare	0	0	0	12	1	0	3	1	0	6	0	2	78	6	6	4	0	0
Huila	3	2	0	137	14	10	4	1	0	70	5	3	529	41	47	85	3	10
La Guajira	2	3	0	27	2	0	0	2	0	18	1	1	399	30	41	38	4	1
Magdalena	0	2	0	35	2	2	0	1	0	25	1	3	330	29	31	17	1	0
Meta	5	2	0	78	7	8	11	1	0	151	3	13	564	53	41	92	11	7
Nariño	6	3	0	137	13	20	4	1	0	83	5	3	586	61	78	75	7	4
Norte de Santander	7	3	0	167	16	11	3	2	0	54	6	2	944	91	140	84	8	1
Putumayo	1	1	0	25	4	1	1	1	0	19	1	0	190	18	13	106	9	13
Quindío	2	1	0	32	4	1	2	1	0	21	1	1	249	35	22	82	8	6
Risaralda	7	2	0	48	5	3	0	1	0	70	1	9	561	42	32	36	3	3
Archipiélagos de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	0	0	1	0	1	0	0	25	9	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	1	0	12	1	0	0	1	0	8	1	1	187	13	18	37	6	0
Santander	3	4	0	93	9	7	0	2	0	78	8	8	658	76	77	275	29	22
Sucre	4	2	0	64	4	3	2	1	0	61	13	5	633	64	106	133	6	1
Tolima	6	2	0	66	7	7	7	1	0	35	3	2	781	73	53	78	5	5
Valle del Cauca	2	4	0	125	11	7	2	1	0	21	6	1	1047	99	89	196	8	6
Vaupés	0	0	0	1	0	0	3	1	0	39	0	7	10	1	1	10	0	1
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	14	1	2	18	1	1	9	1	1
Total nacional	117	90	1	4,204	423	317	956	51	24	5,870	171	307	23,293	2,101	2,211	6,77	748	498



Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 41

 Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikungunya		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, casos descartados		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	0	0	45	56	0	0	0	0	59	68	10	12
Antioquia	0	0	0	0	1454	2200	1	0	1	0	4252	4343	864	932
Arauca	2	0	0	0	234	143	0	0	0	0	140	176	13	16
Atlántico	0	0	0	0	321	286	0	0	0	1	707	791	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	175	268	0	0	0	0	711	798	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	2447	2104	3	1	0	0	3969	4446	0	0
Bolívar	0	0	0	0	339	509	0	0	0	0	430	462	296	368
Boyacá	1	0	0	0	378	417	0	0	0	0	805	892	98	204
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	103	138	0	0	0	0	73	69	14	14
Caldas	0	0	0	0	137	155	0	0	0	0	950	837	239	156
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	363	480	1	0	1	2	1281	1601	1	3
Caquetá	0	0	0	0	151	111	0	0	0	0	198	174	169	203
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	216	434	0	0	0	1	430	478	1	1
Casanare	4	2	0	0	252	206	0	0	0	0	232	274	6	4
Cauca	0	0	0	0	249	246	0	0	0	0	676	684	42	50
Cesar	4	7	0	0	565	759	1	0	0	0	468	492	59	357
Chocó	0	0	0	0	589	671	0	1	0	0	83	129	184	164
Córdoba	1	0	0	0	447	412	0	0	0	0	806	870	166	151
Cundinamarca	0	0	0	0	958	939	0	0	0	1	1744	2111	174	134
Guainía	0	0	0	0	46	36	0	0	0	0	22	26	13	21
Guaviare	0	0	0	0	86	57	0	0	0	0	48	52	381	123
Huila	0	0	0	0	342	375	0	1	0	0	675	582	9	7
La Guajira	0	0	0	0	1570	1379	2	0	0	0	224	305	18	22
Magdalena	0	0	0	0	454	667	0	0	0	0	280	318	6	8
Meta	0	0	0	0	326	307	0	0	0	1	579	552	181	103
Nariño	0	1	0	0	529	554	0	0	0	0	1108	1282	196	147
Norte de Santander	2	0	0	0	542	582	3	0	0	0	846	948	166	162
Putumayo	0	0	0	0	153	155	0	0	0	0	250	237	173	183
Quindío	0	0	0	0	76	67	0	0	0	0	422	386	0	0
Risaralda	0	0	0	0	287	385	0	0	0	1	942	1072	99	83
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	3	0	0	0	0	19	25	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	80	147	0	0	0	0	221	288	8	13
Santander	2	1	0	0	359	402	1	0	0	0	1228	1411	429	654
Sucre	0	0	0	0	182	326	0	2	0	0	389	392	85	54
Tolima	0	0	0	0	290	277	0	0	0	0	962	923	258	169
Valle del Cauca	0	0	0	0	344	503	1	0	0	0	1044	1140	15	11
Vaupés	0	0	0	0	60	23	0	0	0	0	52	83	33	30
Vichada	0	0	0	0	234	167	0	0	0	0	21	23	36	16
Total nacional	16	11	1	0	15,390	16,946	10	5	4	7	27,348	29,740	4,443	4,578

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 41

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Caso sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	0	0	1	0	2	0	3	2	1	0	1	0
Antioquia	15	6	20	12	7	3	25	36	11	8	109	235
Arauca	0	0	2	0	2	0	3	2	1	1	5	5
Atlántico	2	0	8	6	1	0	9	3	6	3	25	28
Barranquilla D.E.	1	2	6	4	1	2	5	3	2	0	20	31
Bogotá D.C.	1	0	23	14	1	0	41	18	0	0	125	583
Bolívar	4	1	8	5	2	0	10	5	8	2	19	2
Boyacá	0	0	4	3	1	3	4	6	0	1	20	33
Buenaventura D.E.	2	1	3	1	0	2	4	3	2	1	5	2
Caldas	0	0	3	0	0	1	3	1	0	0	17	2
Santiago de Cali D.E.	2	1	6	4	1	1	7	9	2	0	36	47
Caquetá	4	2	2	1	0	0	6	5	2	1	7	1
Cartagena de Indias D.T.	7	9	7	1	0	1	8	7	2	1	16	16
Casanare	1	0	2	4	1	0	2	0	2	1	7	8
Cauca	1	0	6	1	4	5	9	9	1	3	25	9
Cesar	1	1	10	12	6	3	9	5	18	10	23	19
Chocó	2	0	12	6	28	14	26	31	32	33	9	7
Córdoba	1	0	12	4	1	4	14	9	5	9	31	29
Cundinamarca	3	0	12	7	0	3	9	16	3	0	56	63
Guainía	0	0	0	3	1	1	3	2	1	2	2	0
Guaviare	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	1
Huila	2	2	5	2	0	0	5	3	3	1	19	15
La Guajira	0	0	19	15	20	12	33	18	42	27	17	0
Magdalena	1	1	9	4	2	1	10	9	12	7	15	3
Meta	1	0	7	2	1	1	9	5	6	2	18	10
Nariño	0	0	10	6	2	1	8	10	5	2	27	10
Norte de Santander	1	0	6	8	2	2	5	3	4	0	27	21
Putumayo	0	1	2	1	1	1	3	2	1	0	6	12
Quindío	1	0	2	1	0	1	2	0	0	0	9	5
Risaralda	3	0	3	2	7	9	7	7	7	6	16	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santa Marta D.T.	1	0	6	2	2	0	4	3	0	2	9	9
Santander	2	0	8	4	1	0	6	2	1	0	38	27
Sucre	2	0	5	1	0	0	6	7	2	1	16	35
Tolima	4	4	6	3	2	0	8	4	1	0	22	8
Valle del Cauca	2	0	5	2	2	1	9	7	5	1	33	45
Vaupés	0	0	0	0	2	3	3	1	1	2	2	0
Vichada	0	0	3	1	3	0	3	5	9	8	2	0
Total nacional	325	367	238	142	111	76	316	259	179	135	838	1.323

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



Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 41

 Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos sospechosos						
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025
Amazonas	3	4	15	21	0	0	49	57	2	0	467	568
Antioquia	140	95	939	1050	0	0	2842	3874	88	125	18156	17541
Arauca	34	14	138	124	0	0	114	118	2	0	913	1081
Atlántico	40	21	280	290	0	2	349	443	15	23	1936	2179
Barranquilla D.E.	62	13	338	274	0	0	636	767	16	29	2010	2321
Bogotá D.C.	137	54	755	744	0	0	1131	1186	30	21	24104	27512
Bolívar	39	19	243	241	1	2	136	176	4	1	1887	2056
Boyacá	18	17	79	67	0	0	121	173	2	3	3178	3669
Buenaventura D.E.	19	13	106	81	0	0	139	175	6	3	313	242
Caldas	15	18	110	137	0	0	257	253	4	0	2461	2631
Santiago de Cali D.E.	27	16	368	425	0	1	1164	1240	36	50	6360	5913
Caquetá	7	11	70	74	0	0	190	260	4	6	868	931
Cartagena de Indias D.T.	60	38	268	305	0	2	321	393	4	5	1162	1317
Casanare	32	32	104	131	0	1	120	166	3	8	713	776
Cauca	18	16	160	148	0	2	223	235	2	3	2742	2713
Cesar	32	20	271	213	0	0	317	391	2	9	1666	1788
Chocó	42	24	180	188	0	0	162	232	2	3	344	398
Córdoba	29	8	261	189	1	0	212	248	3	7	2909	2715
Cundinamarca	58	52	298	399	0	0	432	501	13	10	10584	12787
Guainía	6	7	14	15	0	0	14	20	0	0	167	186
Guaviare	4	2	23	14	0	0	39	33	1	2	235	300
Huila	15	8	128	125	0	0	305	373	7	9	5042	5098
La Guajira	54	37	300	303	0	0	408	517	6	7	1085	1253
Magdalena	30	21	184	207	0	2	129	159	2	3	1143	1216
Meta	40	37	208	241	0	0	499	723	16	23	1989	2108
Nariño	14	16	191	181	0	0	141	179	4	5	3365	4376
Norte de Santander	75	33	402	404	0	1	545	710	12	8	3171	3478
Putumayo	6	5	73	86	0	1	88	107	3	3	1067	1309
Quindío	9	6	80	88	0	0	208	268	3	6	2115	2166
Risaralda	22	22	143	163	0	0	467	584	22	11	2977	3102
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	5	10	0	0	6	16	0	0	158	218
Santa Marta D.T.	15	17	89	148	0	0	188	267	2	3	515	668
Santander	54	55	340	412	0	0	714	1232	22	16	5105	5576
Sucre	17	17	165	157	1	1	82	78	1	0	1483	1572
Tolima	26	24	142	111	0	1	441	619	11	12	2487	2830
Valle del Cauca	27	33	252	299	0	0	565	698	13	25	5700	6183
Vaupés	1	0	2	3	0	0	11	20	0	0	167	368
Vichada	6	10	30	31	0	0	29	31	0	2	199	192
Total nacional	1,342	839	8,021	8,099	3	16	13,793	17,522	363	441	120,943	131,337



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 41
5 al 11 de octubre del 2025

TEMA CENTRAL

Poblaciones de interés especial: Grupos étnicos

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Alejandra Margarita Muñoz Suárez, Viviana Carolina Moreno Vargas, Diego Felipe López Ávila, Sandra Paola Castaño Mora, Fabián Nicolás Moreno Anzola. Situación nacional: Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón.

Mortalidad: Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotes y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza, Claudia Marcela Montaño Fuentes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Hernán Quijada Bonilla. **Correctores de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

49# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.41>