



CAMBIANDO LA NARRATIVA SOBRE EL SUICIDIO



Día mundial para la
prevención del Suicidio
10 de septiembre

Empieza la conversación



Intento de suicidio

Derribar barreras, generar
conciencia y crear mejores
culturas de comprensión y apoyo.

Semana
epidemiológica

36

31 de agosto al 6 de septiembre del 2025

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

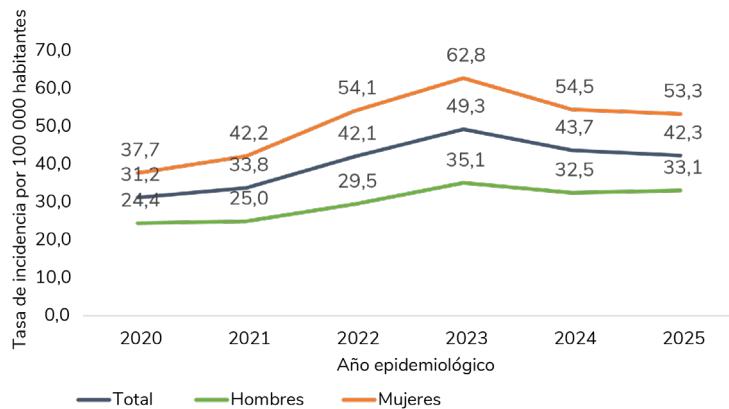
*Los datos de Sivigila tienen procesos de ajuste por rezagos en la notificación

	Pág.
Tema central	3
-Intento de suicidio -Intoxicaciones agudas por sustancias químicas	
Situación nacional	6
Mortalidad	11
Eventos trazadores	13
Brotes y alertas	39
Tablas de mando por departamento	42

El intento de suicidio es una conducta autoinfligida, iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros y sin resultado fatal. La existencia de intentos suicidas en el pasado es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia del suicidio consumado en la población general (1).

El plan de acción en salud mental 2013-2030 estableció como meta global reducir en un tercio la mortalidad por suicidio en los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2). A nivel nacional el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 estableció como meta mantener la tasa de mortalidad de suicidio por debajo de 5, teniendo como línea de base 5,5 por 100 000 habitantes en 2020 (3). La vigilancia en salud pública del intento de suicidio es considerada una de las estrategias para la prevención del suicidio a nivel mundial.

Figura 1. Incidencia de intento de suicidio, Colombia, 2020 a 2025 p. a periodo epidemiológico VIII.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.
DANE, Proyecciones de población 2018-2050 actualización post COVID 19.

La tasa de incidencia de intento de suicidio por 100 000 habitantes a nivel nacional del 2020 al 2025 con corte al periodo epidemiológico (PE) VIII para todos los años, presenta un aumento sostenido del 2020 al 2023, siendo este último el de máxima incidencia del periodo analizado; sin embargo, la mayor variación se observó en el 2022 con un incremento del 26,0 % respecto al año anterior en total de casos y por sexo (19,3 % en hombres y 29,7 en mujeres %). Para el 2025 los resultados preliminares indican disminución de los casos en

TEMA CENTRAL

Comportamiento de la notificación del intento de suicidio a PE VIII, Colombia, 2025

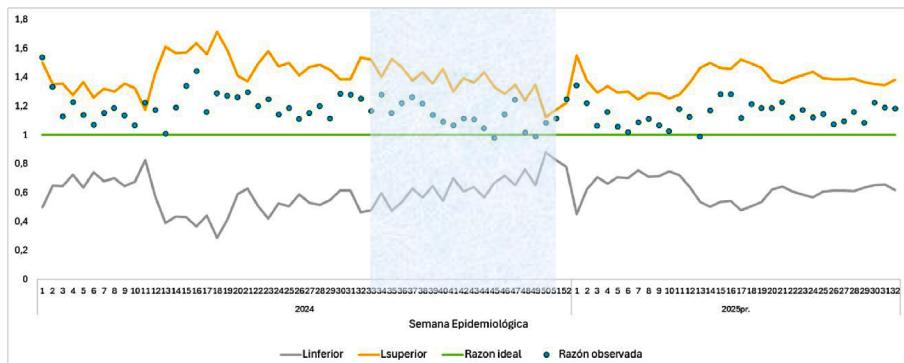
Yalena Mosquera Bahamón, ymosquera@ins.gov.co



Salud

2,5 % respecto al mismo periodo del 2024. En el 2025 con corte a PE VIII, se han notificado 22 471 casos equivalentes a una incidencia de 42,3 por 100 000 habitantes. Al igual que en años anteriores, la incidencia persiste mayormente en mujeres con 53,3 por 100 000 (n=14 483) frente a 33,1 por 100 000 en hombres (n=8 579). La razón de casos mujer: hombre es 1,7 (figura 1).

Figura 2. Comportamiento de la vigilancia de intento de suicidio por Semana Epidemiológica, 2024 y 2025p. a Periodo Epidemiológico VIII.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

En el análisis comparativo de comportamientos inusuales del 2024 y 2025 a semana epidemiológica 32 sólo se observan incrementos significativos en las semanas 1 y 11 del 2024, y un comportamiento por debajo del límite superior en las demás semanas, lo que sugiere un comportamiento dentro de lo esperado para el período analizado (figura 2).

Tabla 1. Incidencia de intento de suicidio por Entidad Territorial de ocurrencia, Colombia, 2025 a Periodo Epidemiológico VIII.

Entidad territorial	Casos	Tasa x 100 000 habitantes
Vaupés	61	124,1
Risaralda	818	83,9
Caldas	631	60,0
Nariño	985	57,3
Amazonas	50	57,2
Santiago de Cali D. E.	1184	51,8
Quindío	286	50,3
Boyacá	663	50,1
Tolima	690	49,8
Putumayo	187	47,5
Antioquia	3275	47,1
Santander	1096	45,8
Barranquilla D. E.	600	44,7
Cundinamarca	1608	44,0
Casanare	208	43,2
Norte de Santander	737	42,9
Valle del Cauca	873	42,7
Bogotá D. C.	3320	41,8
Arauca	129	40,2
Atlántico	590	39,3
Santa Marta D. T.	213	37,6
Huila	440	36,5
Meta	406	35,0
Guaviare	36	34,9
Cartagena de Indias D. T.	360	33,8
Córdoba	642	33,3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	20	32,2
Cauca	508	31,9
Caquetá	132	30,6
Sucre	304	29,9
Bolívar	349	28,8



Cesar	387	27,4
Guainía	16	27,0
Magdalena	244	25,4
La Guajira	241	22,4
Buenaventura D. E.	54	16,6
Chocó	90	14,6
Vichada	15	11,8
Colombia	22 471	42,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.
DANE, Proyecciones de población 2018-2050 actualización post COVID 19.

Por entidad territorial de ocurrencia para el 2025 con corte a PE VIII, Vaupés presenta la mayor tasa de incidencia de incidencia por 100 000 habitantes (124,1) seguido por Risaralda (83,9); siguiendo en orden descendente Caldas, Nariño, Amazonas, Santiago de Cali D. E., Quindío, Boyacá, Tolima, y Putumayo, las cuales se ubican en el cuartil más alto (superior a 47,4) (tabla 1).

El análisis de la incidencia de intento de suicidio por municipio según población a PE VIII del 2025 evidencia las mayores tasas así: en el grupo de municipios con menos de 20 000 habitantes, tres de los diez municipios con las mayores tasas corresponden al departamento de Cundinamarca (Villagómez (187,5), El Peñón (141,2), y Albán (137,9)); en el grupo de municipios entre 20 000 y 100 000 habitantes, dos de los diez municipios con las mayores tasas corresponden al departamento de Antioquia (Yarumal (105,0) y La Unión (103,3)); y en el grupo de municipios de más de 100 000 habitantes se encuentran capitales como Mitú, Pasto, Tunja y Dosquebradas con tasas entre 134,3 y 106,6 por 100 000 habitantes.

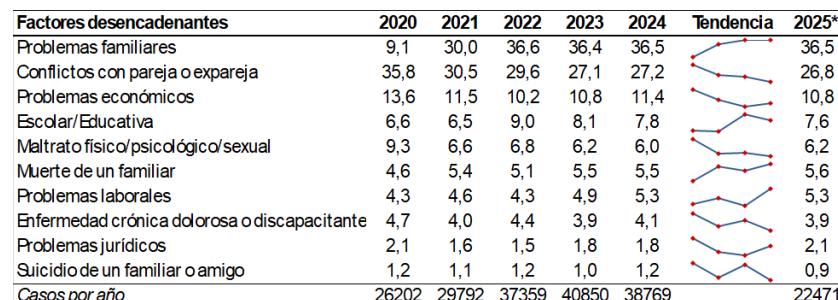
La proporción de municipios notificadores con corte a PE VIII es similar en el 2024 y 2025: 73 % y 75 % respectivamente. El 39,0 % de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) caracterizadas han notificado casos; esta proporción de notificación es similar a la observada en 2023 (38,0 %) y 2024 (37,0 %).

El análisis de los comportamientos inusuales de la notificación de intento de suicidio por entidad territorial de procedencia a PE VIII del 2025 evidencia comportamiento inusual en la entidad territorial de Archipiélago de San Andrés y Providencia. Del total de municipios (1 126), 89 (7,9 %) presentaron incremento, de los cuales 11 pertenecen a Antioquia, 10 a Cundinamarca y

8 a Boyacá. 42 municipios presentaron decremento (3,7 %), de los cuales 11 pertenecen a Antioquia.

El análisis por edad y sexo en el 2025 evidencia un comportamiento similar a los años anteriores. Los casos con edad entre 10 y 24 años conforman el 56,0 % del total. Tanto para mujeres como para hombres la mayor incidencia se presenta en el grupo de 15 a 19 años (209,3 y 84,8 respectivamente), y se repite un patrón observado en todos los años anteriores: la incidencia es mayor en mujeres hasta los 49 años y se acentúa entre los 10 y los 19 años, siendo un poco más de 3 veces mayor en el grupo de 10 a 14 años (112,2 en mujeres y 25,1 en hombres) y más de dos veces mayor de 15 a 19 años (209,3 y 84,8). Luego, de los 55 años en adelante empieza a ser mayor en hombres con una ligera diferencia que sólo llega a ser el doble en el grupo de 65 y más años (12,1 en hombres y 5,0 en mujeres).

Tabla 2. Factores desencadenantes de intento de suicidio, Colombia, 2020 a 2024 y 2025 a periodo epidemiológico VIII.



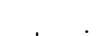
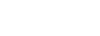
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

Los factores desencadenantes del intento de suicidio en Colombia son, en primer lugar, los problemas familiares con el 36,5 %, seguido de conflictos de pareja con el 26,8 % (este factor fue incluido en la ficha de notificación en el 2020 razón por la cual se observa baja proporción en este año) y en tercer lugar problemas económicos con el 10,8 %. Los problemas familiares como factor desencadenante de intento de suicidio, presentan una tendencia al incremento, así como los problemas laborales. Si bien los conflictos con pareja o expareja fue el principal factor en el 2020 y 2021, desde el 2020 se observa tendencia a la disminución con una variación del 25,3 % para el 2025 respecto al 2020; otros factores como maltrato físico, psicológico sexual, y



enfermedad crónica, dolorosa o discapacitante, también presentan tendencia a la disminución (tabla 2).

Tabla 3. Factores de riesgo de intento de suicidio, Colombia, 2020 a 2024 y 2025 a periodo epidemiológico VIII.

Factores de riesgo	2020	2021	2022	2023	2024	Tendencia	2025*
Antecedentes trastorno psiquiátrico	27,3	38,0	40,8	45,3	46,6		43,4
Trastorno depresivo	26,7	32,8	36,1	40,8	41,6		38,7
Trastorno de personalidad	3,2	3,8	3,7	4,2	4,4		4,3
Trastorno bipolar	3,3	3,4	3,3	3,2	3,4		3,3
Esquizofrenia	2,0	2,1	1,9	2,0	2,0		1,9
Ideación suicida persistente	34,3	33,5	38,7	39,3	38,0		32,7
Plan organizado de suicidio	12,7	12,7	15,2	16,6	16,7		14,6
Consumo de SPA	14,3	12,8	13,3	14,6	15,1		15,2
Abuso de alcohol	7,7	8,0	7,2	7,7	7,8		7,0
Antecedentes de violencia o abuso	5,0	4,9	5,7	5,5	5,7		5,0
Antecedentes familiares de conducta	5,1	4,6	4,7	4,9	4,8		4,5
Casos por año	26202	29792	37359	40850	38769		22471

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

El principal factor de riesgo presente en los casos de intento de suicidio notificados es el antecedente de trastorno psiquiátrico con el 43,4 % en 2025; y dentro de éste, el trastorno depresivo, presente en el 38,7 % de los casos. La ideación suicida persistente y el plan organizado de suicidio son los siguientes factores de mayor presencia. Los únicos factores de riesgo que no presentan tendencia al aumento son el trastorno bipolar, la esquizofrenia, y los antecedentes familiares de conducta suicida hasta 2024 (tabla 3).

Tabla 4. Mecanismos de intento de suicidio, Colombia, 2020 a 2024 y 2025 a periodo epidemiológico VIII.

Mecanismo	2020	2021	2022	2023	2024	Tendencia	2025*
Intoxicación	65,5	67,6	66,5	66,0	65,5		63,6
Elemento cortopunzante	22,1	21,3	21,9	21,3	20,8		22,3
Ahorcamiento o asfixia	7,8	7,6	7,5	8,5	8,9		9,2
Lanzamiento al vacío	4,6	4,6	5,0	5,1	5,3		5,3
Lanzamiento a vehículo	1,2	1,4	1,7	2,0	2,0		2,1
Arma de fuego	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7		0,6
Lanzamiento a cuerpo de agua	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5		0,6
Inmolación	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3		0,2
Casos por año	26202	29792	37359	40850	38769		22471

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia.

El principal mecanismo de intento de suicidio entre el 2020 y 2025 es la

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.

intoxicación, con un promedio de uso de 65,8 %, seguido por el elemento cortopunzante con un promedio de 21,6 %; sin embargo, cuando se analiza por sexo, se identifica que la razón de uso de la intoxicación mujer:hombre es 2:1 y del elemento cortopunzante es 1,5:1. Los hombres usan en mayor proporción el ahorcamiento/asfixia y el arma de fuego.

Las sustancias más usadas en la intoxicación son los medicamentos; conforman el 75 % de todas las sustancias. En el 2025 se ha usado en el 55,3 % de los casos en hombres y 20,4 % en mujeres, y los plaguicidas en similar proporción en ambos sexos (6,6 % en mujeres y 7,3 % en hombres).

Con respecto a la repetición del intento de suicidio, con corte al periodo epidemiológico VIII del 2025, se notificaron 22 471 casos, correspondientes a 21 907 personas. De este total, 41,5 % (n = 9 101) había presentado al menos un intento previo en la vida y 2,4 % (n = 520) reportó dos o más intentos en el mismo año. Las ciudades con mayor proporción de personas con repetición fueron Bogotá D. C., 14,8 % (n = 77); Medellín D. E., 10,2 % (n = 53); y Santiago de Cali D. E., 5,8 % (n = 30).

Conclusiones

- En los últimos 6 años se ha observado un aumento progresivo de la incidencia de intento de suicidio desde el 2020 hasta el 2023, años después de los cuales se observa un decremento en esta tasa. Se observa un comportamiento estable (sin incrementos ni decrementos) de intento de suicidio con corte a PEVIII del 2025, teniendo en cuenta el comportamiento histórico de los últimos 5 años.
- Los problemas familiares son el principal factor desencadenante en ambos sexos y tienden al aumento en los últimos 6 años.
- El antecedente de trastorno psiquiátrico (principalmente depresión) y la ideación suicida persistente son los principales factores de riesgo presentes en ambos sexos y tienden al aumento en los últimos 6 años.
- La intoxicación por medicamentos, seguido por el corte, son el principal mecanismo usado en el intento de suicidio en ambos sexos; sin embargo, en mujeres son usados en mayor proporción.
- La repetición del intento de suicidio presenta tendencia al aumento en los últimos 6 años de la vigilancia del evento.



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Recomendaciones a las Entidades Territoriales

- Trabajar de manera constante en la calidad del dato de los casos notificados de intento de suicidio para contribuir a la disposición de un panorama ajustado del comportamiento del evento.
- Realizar el análisis de la información sobre el evento de manera permanente, de manera que se pueda detectar oportunamente los cambios en el comportamiento del evento.
- Socializar la información epidemiológica sobre el evento con los demás actores del contexto regional para facilitar la toma de decisiones adecuadamente informada y el direccionamiento de acciones adaptadas al mismo contexto.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. [Internet]; Washington, D.C.: OPS, 2014. [Citado 2025 septiembre 8]. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. [Internet] [citado 2025 septiembre 8] Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
3. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023. Por el cual se modifican los artículos 1, 2, y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico del "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031" [Internet]. [Citado 2025 septiembre 8]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20202367%20de%202023.pdf



Comportamiento de las intoxicaciones agudas por sustancias químicas en Colombia a periodo epidemiológico VIII del 2025

Alejandra del Pilar Díaz Gómez, adiaz@ins.gov.co

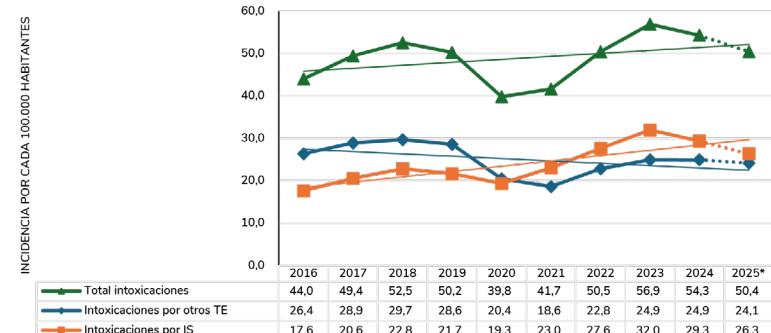


La vigilancia de las intoxicaciones agudas por sustancias químicas abarca eventos de salud relacionados con exposiciones agudas a agentes químicos, incluyendo aquellas de origen suicida, accidental, ocupacional, entre otras. Este proceso constituye un componente fundamental de la vigilancia en salud pública, ya que permite la detección oportuna de situaciones de brote y alertas epidemiológicas, la coordinación de respuestas eficaces y la prevención de futuros incidentes. Asimismo, facilita la identificación de fuentes de exposición y factores de riesgo, lo que contribuye a la implementación de estrategias preventivas y a la protección de poblaciones en situación de vulnerabilidad. En Colombia, la notificación de intoxicaciones agudas por sustancias químicas se incluye en dos eventos de interés en salud pública: evento 365: intoxicaciones agudas por sustancias químicas y evento 356: intento de suicidio (mecanismo intoxicación).

A periodo epidemiológico (PE) VIII del 2025 se notificaron 26 765 casos de intoxicaciones por sustancias químicas por todos los tipos de exposición; es decir, casos que provienen de los dos eventos mencionados. De éstos, 13 970 casos corresponden a intencionalidad suicida (vivos y muertos) y 12 795 casos a otros tipos de exposición. Estos casos representan una incidencia de intoxicaciones agudas por sustancias químicas total de 50,4 casos por cada 100 000 habitantes.

El análisis de la incidencia a PE VIII en los últimos 10 años muestra que hasta el 2018 se presentaba una tendencia al incremento en las intoxicaciones totales, principalmente por Tipos de Exposición (TE) diferentes a la Intencional Suicida (IS), la cual se mantenía por debajo. En el 2020 y 2021, se observó una disminución de la incidencia general y en la correspondiente a otros tipos de exposición, mientras que para el 2023 se observó que la incidencia de intoxicaciones totales fue la más alta observada para el evento en los últimos 10 años, así como un incremento importante de la incidencia por intencionalidad suicida, la cual se ha mantenido por encima de la incidencia por otros tipos de exposición. En el 2025 esta tendencia viene en disminución, principalmente a expensas de la IS. Se observa un comportamiento similar al presentado en 2022 (figura 3).

Figura 3. Incidencia* de las intoxicaciones por sustancias químicas en Colombia a periodo epidemiológico VIII 2016 a 2025.



Fuente: Instituto Nacional de Salud – Sivigila 2016 – 2025 PE VIII (datos preliminares).

Proyecciones poblacionales DANE 2018 – 2050 (Hasta 2019) – proyecciones poblacionales post COVID 19 DANE 2020 – 2050.

*Incidencia por cada 100 000 habitantes.

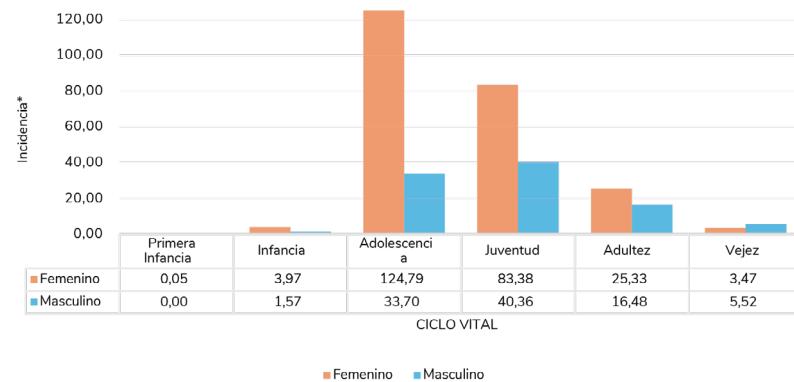
TE: Todas las Exposiciones, IS: Intencionalidad Suicida.

El comportamiento de las intoxicaciones agudas por sustancias químicas a PE VIII del 2025 por sexo mostró que la mayor incidencia se presentó en la población femenina con 54,0 casos por cada 100 000 habitantes de sexo femenino; esta incidencia es menor que la calculada para el 2024, correspondiente a 58,9 casos por cada 100 000 habitantes de sexo femenino.

En el análisis de incidencia por ciclo vital y sexo, se observó que la mayor incidencia corresponde al ciclo adolescencia y sexo femenino con 155,8 casos por cada 100 000 habitantes adolescentes de sexo femenino. Para el sexo masculino, la mayor incidencia se observó en el ciclo vital juventud con 81,9 casos por cada 100 000 habitantes jóvenes de sexo masculino.

Al diferenciar por tipo de exposición, se observó diferencia estadísticamente significativa entre personas de sexo femenino y de sexo masculino en la intencionalidad suicida con 35,0 casos por cada 100 000 habitantes de sexo femenino y 17,2 casos por cada 100 000 habitantes de sexo masculino (figura 4).

Figura 4. Comportamiento de las intoxicaciones agudas por sustancias químicas asociadas a intencionalidad suicida por ciclo vital y sexo en Colombia a periodo epidemiológico VIII del 2025.



Fuente: Instituto Nacional de Salud – Sivigila 2025 PE VIII (datos preliminares).

Proyecciones poblacionales post COVID 19 DANE 2020 – 2050.

*Incidencia por cada 100 000 habitantes.

Los medicamentos correspondieron a las sustancias principalmente implicadas en las intoxicaciones por sustancias químicas, que corresponden al 48,7 % de todos los casos y al 75,7 % de las intoxicaciones con intencionalidad suicida. La incidencia de intoxicaciones por medicamentos en Colombia fue de 24,5 casos por cada 100 000 habitantes. Las sustancias psicoactivas ocupan el segundo lugar, corresponden al 16,8 % de los casos notificados y se asocian principalmente a las intoxicaciones por otros tipos de exposición diferentes a la intencionalidad suicida. La incidencia de intoxicaciones por sustancias psicoactivas en Colombia fue de 8,5 casos por cada 100 000 habitantes.

A periodo epidemiológico VIII del 2025 se han notificado 135 casos de intoxicaciones agudas por sustancias químicas con condición final muerto, 10 casos más que los notificados al mismo corte del 2024, lo que representa un aumento de 8 % en el número de fallecimientos por esta causa. El 51,9 % de los casos correspondieron a suicidios consumados, seguido de intoxicaciones intencionales psicoactivas 15,6 % y accidentales 11,9 %. Con respecto a la letalidad por sustancia química involucrada, se observó que el metanol fue la sustancia más letal, seguido de los gases; sin embargo, los plaguicidas fueron las sustancias que causaron el mayor número de muertes en este evento. Este comportamiento se mantiene estable con respecto a lo observado al mismo periodo en el 2024 (tabla 5).

Tabla 5. Letalidad asociada a intoxicaciones agudas por sustancias químicas por grupo de sustancia, Colombia, Periodo Epidemiológico VIII, 2024 – 2025.

Año	2024			2025		
	Grupo de sustancia	Casos	Muertes	Letalidad	Casos	Muertes
Metanol	96	3	3,13	53	2	3,77
Gases	643	9	1,40	784	12	1,53
Plaguicidas	4117	54	1,31	3963	58	1,46
SPA	5121	12	0,23	4497	26	0,58
Otras S.Q.	3603	20	0,56	3639	15	0,41
Solventes	631	1	0,16	743	2	0,27
Medicamentos	14344	26	0,18	13025	20	0,15
Total	28588	125	0,44	26765	135	0,50

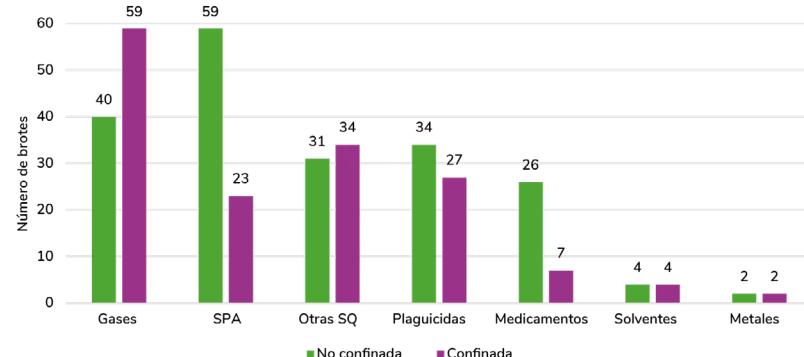
Fuente: Instituto Nacional de Salud – Sivigila 2025 PE VIII (datos preliminares).

Con respecto a las situaciones de brote de intoxicaciones agudas por sustancias químicas, se han identificado 352 situaciones, 196 se han presentado en poblaciones no confinadas (hogar, establecimiento comercial, vía pública/parques y bares/tabernas/discotecas) y 156 en poblaciones confinadas; de éstos, 76,9 % se presentaron en lugares de trabajo, 22,4 % en establecimientos educativos, 0,6 % en establecimientos militares y no se han identificado brotes en establecimientos penitenciarios. En total se han notificado 1 270 casos de intoxicaciones agudas por sustancias químicas que hacen parte de situaciones de brote, 43,9 % en poblaciones no confinadas y 56,1 % en poblaciones confinadas; del total de casos notificados en estas situaciones se han presentado 15 casos fallecidos.

El grupo de sustancia principalmente implicado en los brotes ocurridos en poblaciones confinadas corresponde a los gases, seguido del grupo otras sustancias químicas; mientras que en los brotes presentados en poblaciones no confinadas el principal grupo de sustancia correspondió a las sustancias psicoactivas, seguido de los gases (figura 5).



Figura 5. Distribución de los brotes por grupo de sustancia y tipo de población, Colombia, periodo epidemiológico VIII del 2025.



Fuente: Instituto Nacional de Salud – Sivigila 2025 PE VIII (datos preliminares).

Proyecciones poblacionales post COVID 19 DANE 2020 – 2050.

*Incidencia por cada 100 000 habitantes.

Conclusiones:

- La incidencia de intoxicaciones agudas por sustancias químicas presenta tendencia a la disminución desde 2023, pasando de 56,9 casos por 100 000 habitantes a 54,3 en el 2024 a 50,4 en el 2025 (disminución 11,4 %).
- La incidencia de intoxicaciones agudas por sustancias químicas con intencionalidad suicida presenta diferencia estadísticamente significativa en la comparación por sexo, siendo mayor en mujeres con 35 casos por 100 000 mujeres.
- Los medicamentos estuvieron asociados al 48,7 % de las intoxicaciones notificadas en el sistema, siendo las sustancias principalmente empleadas en la intencionalidad suicida (75,7 %).
- Los gases fueron las principales sustancias implicadas en los brotes ocurridos en poblaciones confinadas (37,8 %), mientras que las sustancias psicoactivas fueron las principales en poblaciones no confinadas (30,1 %).

Recomendaciones:

Unidades notificadoras departamentales, distritales y municipales:

- Fortalecer procesos de análisis de las bases de datos para identificar

situaciones de brotes y alertas epidemiológicas.

- Fortalecer acciones a realizar en los procesos de Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) en brotes y alertas, de manera que se logren identificar posibles factores de riesgo, mejorar el análisis y descripción de las situaciones presentadas (incluyendo cálculos de tasas de ataque), y generar recomendaciones que permitan promover medidas de control.

Prevención comunitaria:

- Incentivar campañas de prevención de intoxicaciones accidentales e intencionales en diferentes ámbitos como hogares, establecimientos educativos, lugares de trabajo, entre otros, orientado principalmente al uso responsable y seguro de sustancias químicas principalmente de uso doméstico.
- Fomentar acciones orientadas a limitar el acceso a medicamentos de venta libre, incluyendo farmacias, supermercados; en especial a menores de edad.
- Limitar el acceso a sustancias con potencial psicoactivo a poblaciones potencialmente vulnerables, garantizando entornos seguros en lugares públicos, establecimientos educativos, entre otros.

Salud mental:

- Promover el desarrollo de actividades intersectoriales que fomenten prácticas de autocuidado, el estímulo de conductas responsables y el fortalecimiento de canales de comunicación con círculo de apoyo (familia, comunidad educativa y equipos de salud).
- En el desarrollo intersectorial de la política de salud mental, en especial en los aspectos relacionados con prevención del suicidio, garantizar el control de venta y acceso a medicamentos psicotrópicos, entre otras sustancias peligrosas empleadas en estos casos.

Política pública

- Fortalecer procesos de regulación en acceso a sustancias como plaguicidas y sustancias potencialmente peligrosas (metanol y fósforo blanco).
- Mejorar el manejo hospitalario de casos de intoxicaciones, en especial en cuanto a garantizar la disponibilidad de antídotos y pruebas de laboratorio específicas de toxicología como análisis de metanol, fósforo blanco, carboxihemoglobina, entre otras.

SITUACIÓN NACIONAL

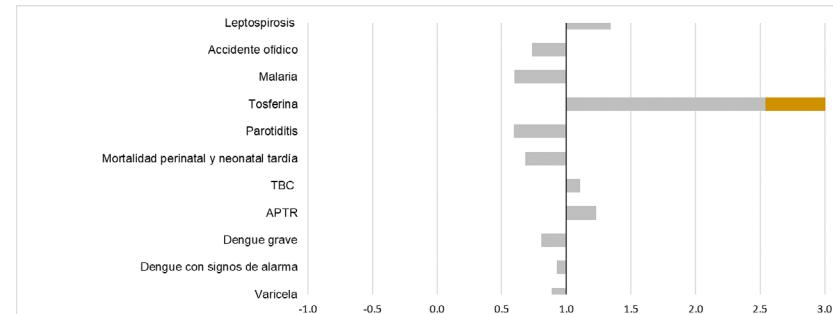
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025.



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

*APTR: Agresiones por Animal Potencialmente Transmisor de Rabia.

*TBC: Tuberculosis.

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

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

Tabla 6. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	136 134	113 317	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 36 del 2025 los eventos de mortalidad por dengue y zika se encontraron por encima de lo esperado, mientras que el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 7).

Tabla 7. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	6	3	0.05
Zika	8	2	0.00
Leishmaniasis cutánea	7	95	0.00
Lepra	6	5	0.15
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0.30
Chikungunya	0	2	0.14
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 (UPGD) en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.

- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

A partir de la semana 17 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 36 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

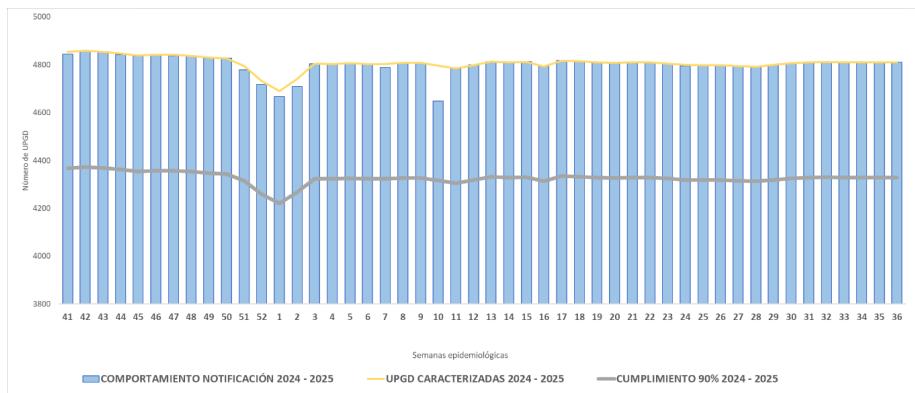
El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100% (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana 36 del año 2024. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 810 / 4 810); permaneciendo igual respecto a la semana anterior y aumentando en 0,12 % con relación a la semana 36 del año anterior. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %). A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el año 2025, junto con el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %). En la semana analizada, se evidenció el cumplimiento del número mínimo de UPGD que debían notificar casos (Figura 7).



Salud

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025



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



MORTALIDAD



Salud

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 36 del 2025, se han notificado 536 muertes probables en menores de cinco años: 307 por Infección Respiratoria Aguda (IRA), 150 por desnutrición (DNT) aguda y 79 por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA); de estos, siete casos de IRA, cuatro de DNT aguda y tres de EDA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

Frente a las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 36 del 2025 se han notificado 522 fallecimientos (300 por IRA, 146 por DNT aguda y 76 por EDA); de estos, 274 casos han sido confirmados, 100 han sido descartados y 148 casos se encuentran en estudio (tabla 8).

Tabla 8. 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 36, 2024-2025.

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 36 2025			Casos en estudio a SE 36 2025			Tasa a SE 36 2024			Tasa a SE 36 2025		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	89	142	43	40	86	22	4.43	6.73	3.11	2.49	3.98	1.20
Amazonas	0	2	0	0	0	0	0.00	31.65	10.55	0.00	21.29	0.00
Antioquia	3	16	2	4	19	1	3.78	3.30	1.42	0.72	3.85	0.48
Arauca	0	1	0	1	1	0	3.65	10.95	0.00	0.00	3.72	0.00
Atlántico	3	0	0	0	3	0	5.25	7.88	0.88	2.69	0.00	0.00
Barranquilla D. E.	0	2	1	0	1	0	2.28	5.71	1.14	0.00	2.35	1.17
Bogotá D. C.	0	10	0	0	6	0	0.00	4.32	0.22	0.00	2.21	0.00
Bolívar	1	4	0	1	1	0	1.97	8.86	1.97	1.01	4.03	0.00
Boyacá	0	6	2	1	0	0	0.00	4.71	0.00	0.00	7.20	2.40
Buenaventura D. E.	1	1	0	0	2	2	2.89	5.77	8.66	2.96	2.96	0.00
Caldas	0	1	1	0	1	0	0.00	5.08	0.00	0.00	1.73	1.73
Santiago de Cali D. E.	0	4	1	0	4	0	0.00	4.95	0.00	0.00	2.91	0.73
Caquetá	1	1	0	0	3	0	5.39	18.87	2.70	2.75	2.75	0.00
Cartagena de Indias D. T.	1	4	1	0	0	0	1.29	9.05	1.29	1.33	5.31	1.33
Casanare	1	0	0	0	0	0	0.00	5.31	2.65	2.70	0.00	0.00
Cauca	0	5	2	3	3	3	0.00	6.23	2.67	0.00	4.52	1.81
Cesar	7	3	3	3	2	0	7.47	4.98	4.15	5.91	2.53	2.53
Chocó	19	21	7	8	9	0	54.00	52.26	59.23	33.28	36.79	12.26
Córdoba	8	3	3	1	2	1	4.66	5.99	1.33	5.44	2.04	2.04
Cundinamarca	0	8	0	0	7	2	0.00	2.97	0.00	0.00	3.38	0.00
Guainía	1	1	0	1	0	1	0.00	28.32	28.32	14.02	14.02	0.00
Guaviare	0	0	1	0	0	0	10.32	10.32	0.00	0.00	0.00	10.25
Huila	1	1	0	0	1	0	1.01	4.05	0.00	1.03	1.03	0.00
La Guajira	23	7	7	4	5	4	30.12	15.52	20.08	21.24	6.47	6.47
Magdalena	6	6	1	2	1	0	14.42	9.62	1.20	7.32	7.32	1.22
Meta	2	5	1	0	0	0	6.07	4.85	3.64	2.47	6.17	1.23
Nariño	2	8	1	0	1	0	169	2.53	0.00	1.73	6.91	0.86
Norte de Santander	0	1	0	0	2	2	3.12	2.34	0.78	0.00	0.80	0.00
Putumayo	0	1	0	0	0	1	3.18	6.36	3.18	0.00	3.21	0.00
Quindío	0	0	0	0	0	1	0.00	6.52	0.00	0.00	0.00	0.00
Risaralda	1	5	7	5	1	1	12.22	13.97	12.22	1.80	8.98	12.57
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Santa Marta D. T.	1	1	0	1	0	0	0.00	0.00	5.06	2.58	2.58	0.00
Santander	0	0	0	0	2	0	0.00	4.03	4.03	0.00	0.00	0.00
Sucre	0	5	0	0	2	1	9.18	7.87	0.00	0.00	6.65	0.00
Tolima	0	2	0	1	2	0	0.00	7.30	2.43	0.00	2.48	0.00
Valle del Cauca	1	5	0	0	3	1	2.23	5.95	1.49	0.77	3.83	0.00
Vaupés	1	0	2	1	0	1	30.23	30.23	15.11	14.72	0.00	29.44
Vichada	5	2	0	3	2	0	36.02	64.83	7.20	36.03	14.41	0.00

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



Salud

Mortalidad por infección respiratoria aguda

En esta semana epidemiológica se han notificado 300 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA; 103 confirmadas por clínica y 39 por laboratorio, 72 descartadas y 86 que se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 4,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 36 fue 245 para una tasa de mortalidad de 6,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 36 del 2018 al 2024 se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales Antioquia, Atlántico, Bogotá D.C., Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Santa Marta D.T., Santander y Vaupés y; a nivel municipal, en Güicán de la Sierra, Pueblo Bello, Soacha, Lloró y San Andrés de Tumaco D.E. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los principales agentes etiológicos identificados fueron Rhinovirus, Virus Sincitial Respiratorio, Bordetella pertussis, Enterovirus, Haemophilus influenzae B, Staphylococcus aureus, Influenza A, SARS-CoV2, Moraxella catarrhalis, Streptococcus pneumoniae, Adenovirus, Influenza B, Klebsiella pneumoniae, Metapneumovirus, Parainfluenza tipo 3, Mycoplasma pneumoniae, Parainfluenza tipo 1, Parainfluenza tipo 4, Pseudomonas aeruginosa, Streptococcus pyogenes (tabla 9).

Tabla 9. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 36, 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	11	6	5	1	2	25	8	1	3	0	0	12
Virus Sincitial Respiratorio	34	4	1	1	0	40	6	1	1	1	0	9
Bordetella pertussis	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
Enterovirus	6	4	3	1	1	15	7	0	1	0	0	8
Haemophilus influenzae B	4	2	2	0	0	8	6	2	0	0	0	8
Staphylococcus aureus	11	1	2	2	0	16	7	0	0	0	0	7
Influenza A	5	3	0	0	1	9	3	0	2	1	0	6
SARS-CoV2	10	2	0	0	0	12	4	1	0	1	0	6
Moraxella catarrhalis	3	1	2	2	1	9	2	2	1	0	0	5
Streptococcus pneumoniae	4	4	3	3	1	15	3	1	1	0	0	5
Adenovirus	7	6	2	0	0	15	2	0	1	1	0	4
Influenza B	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Klebsiella pneumoniae	3	1	1	0	0	5	1	1	0	0	0	2
Metapneumovirus	4	1	1	0	0	6	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 3	2	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2
Mycoplasma pneumoniae	1	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 4	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Pseudomonas aeruginosa	1	0	0	0	0	1	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

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A esta semana epidemiológica se han notificado 146 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda; 89 fueron confirmadas, 17 descartadas y 40 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 36 fue de 161, para una tasa de mortalidad de 4,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 36 del 2018 al 2024 se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Bolívar, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, Alto Baudó y Maicao. Las demás



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

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A esta semana epidemiológica 36 se han notificado 76 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), 39 confirmadas por clínica, 11 descartadas y 22 que se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2024, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 36 fue de 113 para una tasa de mortalidad de 3,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 36 del 2018 al 2024 se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales Chocó, Córdoba y La Guajira y, a nivel municipal, en Riohacha y Uribia. Las demás entidades territoriales departamentales y municipales se encuentran dentro del comportamiento esperado. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

Para el cálculo de la razón de muerte materna; de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia. Para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAF ND 2024 y 2025 datos preliminares.

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

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

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

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33610/UFO28779>

En la semana epidemiológica 36 del 2025 se notificaron al Sivigila cuatro casos dentro de los cuales dos son muertes maternas tempranas y dos muertes maternas tardías para un total acumulado de 128 casos de muertes maternas tempranas; de las cuales 122 residen en territorio colombiano y seis residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 10).

Tabla 10. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 36, 2022 a 2025

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2022	184	111	46	341
2023	178	108	56	342
2024	140	98	35	273
2025p	122	87	30	239

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 36 del 2025 fue de 41,9 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 46,1 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica del 2024. Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 31 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, Bogotá D. C., La Guajira, Cesar y Norte de Santander. Al comparar con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas para Antioquia, Bogotá D. C., Cartagena de Indias D. T., Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Meta y Santa Marta D. T.; las demás entidades territoriales se encuentran dentro del comportamiento esperado (tabla 11).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal en Dibulla (La Guajira), Segovia (Antioquia), Málaga (Santander), Sabanas de San Ángel (Magdalena), Maicao (La Guajira) y Soledad (Atlántico); comparado con el promedio histórico 2021–2024, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las muertes maternas tempranas (tabla 12).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 36 del 2025, el 56,6 % corresponden a causas directas y el 35,2 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,7 % (tabla 13).

Tabla 11. Mortalidad materna según Entidad Territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 36, 2024–2025

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2021–2024 a SE 36	Acumulado de casos a SE 36		Razón de MM por 100 000 NV a SE 36	
	2024	2025	2024	2025	
Colombia	215	140	122	46,1	41,9
Guainía	0	0	2	0,0	400,8
Chocó	10	12	5	304,0	131,8
Vichada	3	2	1	203,0	126,4
Cesar	10	9	10	89,4	102,8
La Guajira	16	14	11	122,8	98,2
Casanare	2	1	3	30,9	96,1
Nariño	9	7	6	89,2	77,3
Norte de Santander	6	5	7	46,6	70,6
Magdalena	8	3	4	46,2	64,7
Bolívar	8	3	5	36,7	63,2
Buenaventura D. E.	3	1	1	54,1	60,0
Atlántico	7	4	4	48,0	49,8
Santa Marta D. T.	6	2	2	48,1	49,8
Barranquilla D. E.	4	4	4	45,0	45,4
Risaralda	3	2	2	38,2	42,3
Quindío	2	0	1	0,0	38,6
Santiago de Cali D. E.	5	4	4	34,2	35,5
Córdoba	11	6	4	50,1	35,2
Antioquia	19	10	12	27,7	34,7
Santander	8	4	4	31,2	31,8
Bogotá D. C.	20	12	12	30,8	31,5
Caquetá	2	0	1	0,0	31,4
Boyacá	4	2	2	28,4	30,3
Cundinamarca	11	8	5	42,8	27,7
Tolima	5	3	2	39,3	26,3
Huila	5	5	2	54,6	23,3
Valle del Cauca	4	1	2	10,7	22,1
Sucre	4	2	1	30,5	16,3
Meta	6	5	1	62,0	13,2
Cartagena de Indias D. T.	6	0	1	0,0	12,6
Cauca	6	6	1	68,5	12,5
Amazonas	1	0	0	0,0	0,0
Arauca	2	0	0	0,0	0,0
Caldas	2	1	0	24,2	0,0
Guaviare	1	0	0	0,0	0,0
Putumayo	2	2	0	82,8	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0,0	0,0
Vaupés	0	0	0	0,0	0,0

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



Salud

Tabla 12. Entidades Territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025

Municipio de residencia	Promedio histórico 2021 – 2024 a SE 36	Valor observado SE 36
Colombia	215	122
Dibulla (La Guajira)	0	2
Segovia (Antioquia)	0	2
Málaga (Santander)	0	2
Sabanas de San Ángel (Magdalena)	0	1
Maicao (La Guajira)	5	0
Soledad (Atlántico)	5	0

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

SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 13. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025

Causa agrupada	Promedio histórico 2023-2024 a SE 36	Número de casos y proporción a SE 36 2023-2025					
		2023	%	2024	%	2025	%
Colombia	159	178	100	140	100	122	100
DIRECTA	104	116	65,2	91	65,0	69	56,6
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	32	34	19,1	29	20,7	24	19,7
Hemorragia obstétrica	27	25	14,0	29	20,7	21	17,2
Sepsis obstétrica	12	16	9,0	7	5,0	8	6,6
Evento tromboembólico como causa básica	12	17	9,6	7	5,0	6	4,9
Embarazo ectópico	9	10	5,6	7	5,0	5	4,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	2,2	4	2,9	3	2,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	1	0,6	3	2,1	2	1,6
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,2	4	2,9	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Otras causas directas	1	1	0,6	1	0,7	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	2	3	1,7	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	53	59	33,1	47	33,6	43	35,2
Otras causas indirectas	21	23	12,9	18	12,9	20	16,4
Otras causas indirectas: neumonía	9	12	6,7	5	3,6	11	9,0
Sepsis no obstétrica	9	10	5,6	7	5,0	5	4,1
Otras causas indirectas: cáncer	8	8	4,5	8	5,7	3	2,5
Otras causas indirectas: malaria	1	1	0,6	0	0,0	2	1,6
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	3	1,7	3	2,1	1	0,8
Otras causas indirectas: dengue	3	1	0,6	4	2,9	1	0,8
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	0	0,0	1	0,7	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,6	1	0,7	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	2	1,1	0	0,0	1	0,8
En estudio	2	1	0,6	2	1,4	9	7,4

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y 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 36 del 2025 se han notificado 3 835 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 800 corresponden a residentes en Colombia y 35 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C. (458), Antioquia (455), Cundinamarca (243), La Guajira (182) y Santiago de Cali D. E (161). Las razones más altas se observaron en Vichada



Salud

(30,3), Buenaventura D. E. (28,2) y Amazonas (26,7).

Teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la notificación entre el 2020 y el 2024, con corte a semana epidemiológica 36 del 2025, se presentó comportamiento inusual en Chocó, Putumayo, Sucre, Atlántico, Arauca, Huila, Tolima y Caquetá. Las demás entidades territoriales no presentaron cambios estadísticamente significativos (tabla 13).

Respecto al análisis desagregado en municipios, se encontraron variaciones con respecto al comportamiento histórico en San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño), Agustín Codazzi (Cesar), Timbiquí (Cauca), Tocancipá (Cundinamarca), Aguazul (Casanare), Urrao (Antioquia), La Calera (Cundinamarca), Gachancipá (Cundinamarca) y Tenjo (Cundinamarca) (tabla 14).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,9 %, seguido de las neonatales tempranas con 27,8 %, neonatales tardías con 17,6 % y fetales intraparto con 9,7 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 26,1 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,7 % (tabla 15). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 36 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 13. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 36, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2020-2024 SE 36	Acumulado de casos a SE 36		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2024	2025	2024 a SE 36	2025 a SE 36
Colombia	5 695	4 197	3 800	13,8	13,1
Vichada	28	24	24	24,4	30,3
Buenaventura D. E.	61	41	47	22,2	28,2
Amazonas	13	11	13	19,9	26,7
Archipiélago de San Andrés y Providencia	10	14	9	35,4	24,5
Vaupés	11	13	8	34,4	24,3
Guainía	14	7	10	15,1	20,0
Nariño	151	136	137	17,3	17,7
Chocó	141	118	65	29,9	17,1
La Guajira	296	217	182	19,0	16,2
Santiago de Cali D. E.	217	182	177	15,6	15,7
Caldas	71	53	58	12,8	15,6
Meta	129	96	113	11,9	14,9
Magdalena	139	105	91	16,2	14,7
Cesar	206	132	141	13,1	14,5
Córdoba	301	194	161	16,2	14,2
Guaviare	10	9	9	13,1	13,7
Cauca	190	129	110	14,7	13,7
Barranquilla D. E.	220	128	120	14,4	13,6
Cundinamarca	300	273	243	14,6	13,5
Casanare	58	46	42	14,2	13,5
Bolívar	167	104	106	12,7	13,4
Antioquia	631	467	455	12,9	13,1
Cartagena de Indias D. T.	188	118	104	14,2	13,1
Quindío	48	39	33	15,3	12,7
Valle del Cauca	152	116	114	12,4	12,6
Bogotá D.C.	618	513	458	13,2	12,0
Putumayo	45	40	27	16,6	11,6
Sucre	142	100	71	15,3	11,6
Boyacá	104	81	75	11,5	11,4
Atlántico	177	116	91	13,9	11,3
Risaralda	82	62	52	11,9	11,0
Arauca	48	29	21	14,3	11,0
Norte de Santander	176	117	106	10,9	10,7
Huila	133	96	84	10,5	9,8
Santa Marta D. T.	73	38	38	9,1	9,5
Tolima	123	87	70	11,4	9,2
Caquetá	49	30	28	9,0	8,8
Santander	177	116	107	9,0	8,5

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

SE: Semana Epidemiológica.



Tabla 14. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025.

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 36 2020 - 2024	Valor observado a SE 36 de 2025	Semanas continuas en incremento
Colombia	5 695	3 800	-
San Andrés de Tumaco D. E. (Nariño)	39	44	3
Agustín Codazzi (Cesar)	13	23	17
Timbiquí (Cauca)	4	9	10
Tocancipá (Cundinamarca)	5	9	9
Aguazul (Casanare)	3	7	32
Urrao (Antioquia)	3	6	5
La Calera (Cundinamarca)	2	6	2
Gachancipá (Cundinamarca)	3	6	3
Tenjo (Cundinamarca)	1	6	4

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

Tabla 15. Número de casos y proporción de causa básica de muertes perinatales y neonatales tardías por agrupación, Colombia, a Semana Epidemiológica 36, 2023-2025.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 36, 2023 -2025					
	2023 a SE 36	(%)	2024 a SE 36	(%)	2025 a SE 36	(%)
Colombia	5 070	100,0	4 197	100,0	3 800	100,0
Afxisia y causas relacionadas	1 250	24,7	1 098	26,2	992	26,1
Prematuridad-inmadurez	940	18,5	692	16,5	629	16,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	814	16,1	629	15,0	521	13,7
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	532	10,5	475	11,3	363	9,6
Infecciones	435	8,6	372	8,9	307	8,1
Malformación congénita	462	9,1	385	9,2	301	7,9
Otras causas de muerte	322	6,4	280	6,7	220	5,8
Sin información	12	0,2	0	0,0	208	5,5
Causas no específicas	106	2,1	104	2,5	125	3,3
Trastornos cardiovasculares	128	2,5	121	2,9	100	2,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	19	0,4	20	0,5	18	0,5
Lesión de causa externa	50	1,0	21	0,5	16	0,4

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

EVENTOS TRAZADORES



Salud

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 36 del 2025, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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

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

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

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

En el último periodo, a nivel nacional, se observa una variación porcentual con tendencia de disminución en la notificación de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y hospitalización en unidad de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM) en comparación con el periodo anterior (tabla 16).

Tabla 16. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 29 a 36 del 2025

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 29 a SE 32 2025	SE 33 a SE 36 2025	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	551 128	549 125	-0,36%	↓
Hospitalización en sala general	27 297	25 010	-8,38%	↓
Hospitalización en UCI/UCIM	3 210	3 194	-0,50%	↓

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 36 del 2025 se notificaron 142 950 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años, se observó incremento en La Guajira, Magdalena, Meta, Santa Marta D. T. y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas y Buenaventura D. E. Las 32 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 (33 a 36 del 2025) en 24 municipios (tabla 17).



Tabla 17. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, Semanas Epidemiológicas 33 a 36 del 2025

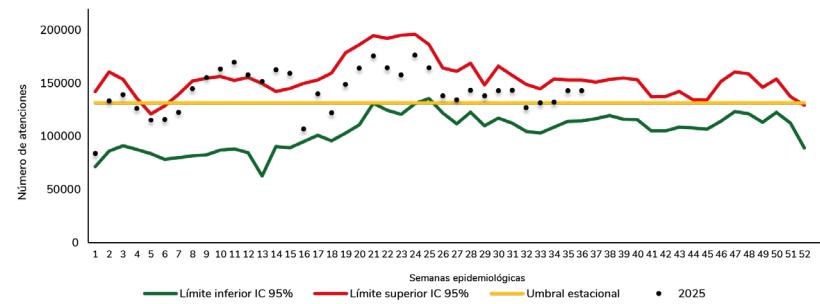
Departamento	Municipio	Acumulado 2024	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	72 048	64 961	7 713	8 246
Guajira	Maicao	42 624	45 894	2 221	6 720
Cundinamarca	Soacha	57 269	59 653	3 471	6 209
Antioquia	Itagüí	57 480	60 878	3 993	5 935
Cundinamarca	Chía	48 562	42 056	3 795	4 759
Antioquia	Bello	54 918	44 657	4 114	4 591
Guajira	Uribia	38 823	33 965	2 121	3 550
Santander	Barrancabermeja	14 229	21 779	536	2 735
Antioquia	Rionegro	21 375	27 071	1 917	2 592
Santander	Floridablanca	20 461	19 993	1 612	2 358
Risaralda	Dosquebradas	19 430	21 485	1 233	2 285
Bolívar	Magangué	12 020	15 943	919	2 215
Magdalena	Ciénaga	17 759	16 793	740	2 204
Córdoba	Sahagún	16 402	18 050	1 749	2 106
Cundinamarca	Zipaquirá	14 810	16 926	1 717	2 004
Valle del Cauca	Palmira	21 696	19 899	1 707	1 871
Boyacá	Sogamoso	11 813	14 771	1 267	1 830
Boyacá	Duitama	19 156	15 956	1 530	1 797
Córdoba	Cerete	12 512	13 594	607	1 771
Antioquia	Envigado	17 776	19 181	1 642	1 652
Norte Santander	Ocaña	12 160	12 852	413	1 584
Casanare	Yopal	11 974	11 215	1 078	1 481
Cundinamarca	Funza	10 776	11 393	731	1 427
Antioquia	Apartado	13 411	12 988	1 121	1 405
Córdoba	Lorica	10 953	11 320	1 092	1 301
Cundinamarca	Madrid	14 543	10 425	843	1 297
Valle del Cauca	Cartago	12 313	12 629	368	1 279
Cundinamarca	Girardot	15 562	15 270	1 252	1 268
Antioquia	Turbo	10 767	11 045	882	1 248
Cundinamarca	Facatativá	16 812	13 023	1 422	1 151
Huila	Pitalito	8 720	9 837	878	1 039
Santander	Piedecuesta	4 929	7 601	323	997
Cesar	AGUACHICA	6 773	8 737	749	971
Valle del Cauca	Tuluá	12 993	9 483	387	907
Valle del Cauca	Yumbo	10 249	10 594	960	816
Atlántico	Malambo	7 502	5 068	451	793
Cauca	Santander de Quilichao	9 505	8 389	842	773
Valle del Cauca	Buenaventura	6 438	5 037	694	733
Cundinamarca	Mosquera	5 250	5 469	372	668
Santander	Girón	6 084	6 186	259	578
Cauca	Guapi	1 894	3 534	218	431
Norte de Santander	Villa del Rosario	4 109	4 781	307	338
Nariño	La florida	555	525	54	47

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (33 a 36 del 2025), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 22,1 % (137 874) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,6 % (108 063). 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 12,5 % y los menores de dos a cuatro años con el 11,7 % 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 las semanas epidemiológicas 16 a la 34 se observó un descenso por debajo del umbral estacional, pero en las semanas epidemiológicas 35 a 36 reaparece una tendencia al aumento ubicándose por encima de dicho umbral. (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 36 del 2025



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

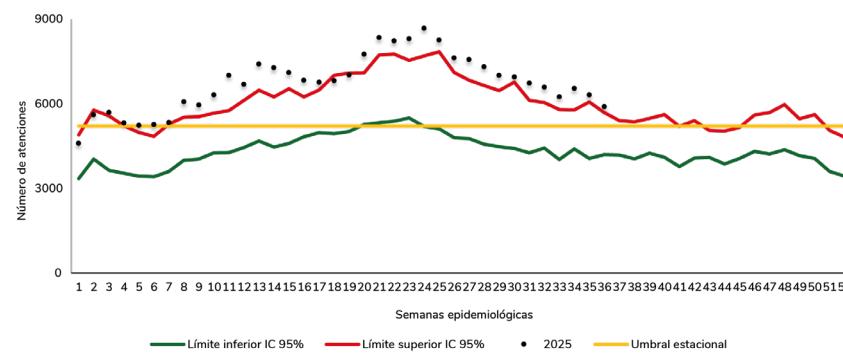
En la semana epidemiológica 36 del 2025 se notificaron 5 900 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Chocó, Guainía, La Guajira y Vaupés e incremento en Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Santiago de Cali D.E, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Meta, Nariño, Risaralda, Santa Marta D. T., Sucre y Tolima. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (33 a 36 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 788) representaron el 27,1 %, seguido de los

menores de un año con el 17,3 % (4 343). La mayor proporción de hospitalizaciones en sala general por IRA, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en el grupo de los niños de un año con 23,3 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,5 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, entre las semanas 05 a 17 y 20 a 34 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con una leve disminución en semana epidemiológica 36 (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 36 del 2025

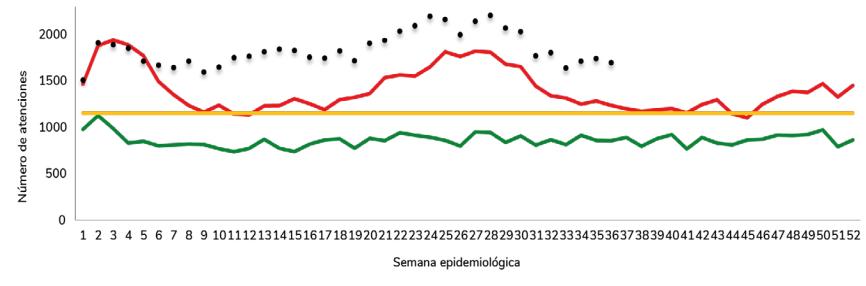


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025. Histórico 2017 a 2024

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

En la semana epidemiológica 36 del 2025, se notificaron 1 694 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 36 se observó una tendencia hacia el aumento con respecto al histórico por encima del límite superior (figura 10).

Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 36 del 2025



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

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

En la semana epidemiológica 36 del 2025 se notificaron 735 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en diez entidades territoriales. Se presentó disminución en Buenaventura D. E., Chocó, Guaviare, La Guajira, Magdalena y Nariño. No se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D. E., Bogotá D. C., Boyacá, Bolívar, Caldas, Caquetá, Cartagena de Indias D. T., Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Tolima y Vichada.

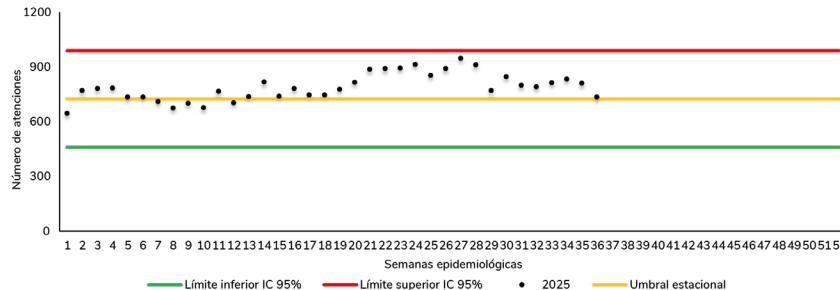
En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (33 a 36 del 2025), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 34,8 % (1 114), seguido de los menores de un año con el 24,9 % (796) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con el 30,5 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 26,6 %.

En el gráfico de control, las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM se observa a nivel nacional desde la semana epidemiológica 13 hasta la 35, una tendencia creciente que se mantiene por encima del umbral estacional. Posteriormente en la semana 36, se observa una disminución, ubicándose encima de dicho umbral (figura 11).



Salud

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 36 del 2025

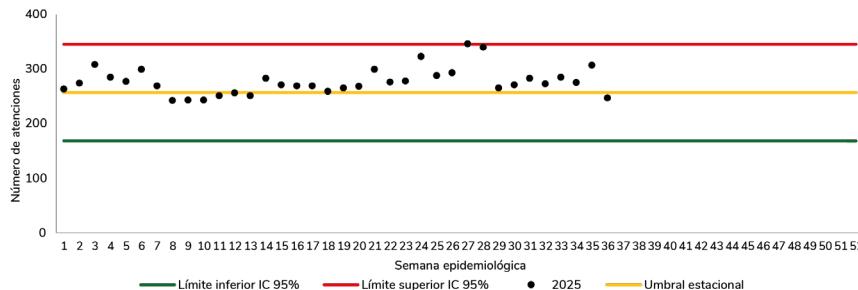


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2024

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

En la semana epidemiológica 36 del 2025, se notificaron 247 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidenció para esta semana una tendencia a la disminución ubicándose por debajo del umbral estacional (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 36 del 2025



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

Durante las semanas epidemiológicas 33 a 36 del 2025 se observó una disminución en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consultas externas y urgencias, en las hospitalizaciones en

sala general y hospitalización en UCI/UCIM en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y UCI/UCIM para semana 36 se encontraron dentro de los límites esperados; sin embargo, las atenciones en el servicio de hospitalización en sala general se ubican por encima del límite superior pero con tendencia a la disminución.

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

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



Salud

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 decremento en América del Norte, Andina y Brasil y Cono Sur, 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 Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia un aumento en la subregión caribe y 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 36 la tendencia de la circulación viral estuvo relacionada con los virus VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se observa variación significativa al incremento para rinovirus y al decremento para VSR, los demás patógenos virales se mantienen estables. Ante la circulación de influenza, se recomienda incentivar la vacunación en grupos priorizados según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 18).

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 18. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 29 a 36 del 2025

Agente viral identificado	SE 29 a SE 32			SE 33 a SE 36			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	51,3	59,1	38,4	51,8	57,4	53,8	↗
Rinovirus	12,5	10,1	14,3	21,8	20,8	19,0	↗
VSR	40,1	50,3	32,1	29,9	44,2	4,8	↘
Enterovirus	7,0	5,8	3,6	9,6	4,2	9,5	↗
Adenovirus	6,6	8,5	-	7,6	10,0	-	↗
Influenza B	0,3	-	-	-	-	-	↗
Influenza A	12,5	6,9	25,0	10,7	8,3	28,7	↗
Parainfluenza	5,6	5,3	3,6	5,6	5,0	9,5	↗
Metapnemovirus	4,2	4,8	3,6	4,0	3,3	-	↗
A(H1N1)pdm09	4,2	3,2	10,7	4,5	0,8	14,3	↗
SARS-CoV2	3,5	3,2	3,6	1,5	0,8	4,8	↗
A(H3N2)	1,0	-	3,6	-	-	-	↗
Coronavirus	2,4	2,1	-	4,5	2,5	9,5	↗

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

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

*Se muestra la variación con significancia estadística



Salud

COVID-19

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la Semana Epidemiológica (SE) 36 del 2025, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

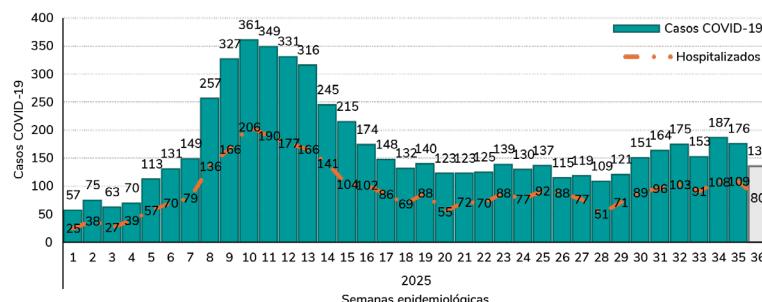
Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

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

26

En Colombia, con corte al 06 de septiembre del 2025 y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 6 036 casos de COVID-19. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (33 a 36 del 2025), se ha observado un aumento del 6,7 %, con 652 casos registrados en comparación con el periodo esperado (semanas epidemiológicas 29 a 32 del 2025), en el cual se reportaron 611 casos. En las hospitalizaciones se presentó un aumento del 8,1 %, pasando de 359 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 388 casos en el periodo analizado (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025.



Fuente: Sivigila, 2025. SE:36.
*SE: semana epidemiológica.

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.

Entre el 31 de agosto y el 06 de septiembre se confirmaron 203 casos en el territorio nacional; de estos el 67,0 % (136 casos) corresponde a la semana epidemiológica 36. El 78,8 % de los casos nuevos se concentran en las entidades territoriales de Bogotá D. C, Antioquia, Cundinamarca, Santiago de Cali y Amazonas (tabla 19).

Tabla 19. Casos nuevos de COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025.

Entidad Territorial	Otros	SE 33	SE 34	SE 35	SE 36	Total
Colombia	22	4	7	34	136	203
Bogotá D. C.	2	2	1	15	67	87
Antioquia	2	0	4	9	20	35
Cundinamarca	1	0	0	2	11	14
Santiago de Cali D. E.	0	0	0	4	8	12
Caldas	12	0	0	0	0	12
Boyacá	0	0	0	0	7	7
Santander	0	0	1	0	4	5
Cauca	0	0	1	0	4	5
Barranquilla D. E.	0	0	0	0	3	3
Tolima	1	0	0	1	1	3
Amazonas	0	1	0	0	1	2
Quindío	0	1	0	0	1	2
Arauca	0	0	0	1	1	2
Santa Marta D. T.	1	0	0	0	1	2
Nariño	0	0	0	1	1	2
Meta	0	0	0	0	1	1
Huila	0	0	0	0	1	1
Bolívar	0	0	0	0	1	1
Norte de Santander	1	0	0	0	0	1
Casanare	0	0	0	0	1	1
Magdalena	0	0	0	1	0	1
Caquetá	1	0	0	0	0	1
Córdoba	0	0	0	0	1	1
Cesar	1	0	0	0	0	1
Valle del Cauca	0	0	0	0	1	1
La Guajira	0	0	0	0	1	1

Fuente: Sivigila, 2025. SE:36.
*SE: semana epidemiológica.

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 33-36) se registró una incidencia de 1,22 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 32 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 140 municipios.

En comparación con el periodo anterior, este indicador evidencia un aumento significativo a nivel departamental y distrital en Antioquia, Bogotá D. C., Cundinamarca, Santiago de Cali D. E. y Amazonas. A nivel municipal, el



Salud

incremento se observa en Medellín D. E., Rionegro, (Antioquia); Soacha y Tocancipá (Cundinamarca) (tabla 20).

Durante 2025, en Colombia se han reportado 110 fallecimientos relacionados con COVID-19 (107 con procedencia nacional y 3 del exterior). En el período observado, las muertes se registraron en Antioquia con tres casos, y en Bogotá D. C., Quindío y Arauca con un caso cada uno. El 69,1 % (76 casos) correspondió a personas de 60 años o más (tabla 20).

Tabla 20. Fallecimientos por COVID-19. Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025.

Entidad Territorial	Acumulados	Fallecidos		Mortalidad	
		PE anterior	PE actual	PE anterior	PE actual
Colombia	107	12	6	0,02	0,01
Antioquia	6	0	3	0,00	0,04
Bogotá D.C.	31	3	1	0,04	0,01
Quindío	5	0	1	0,00	0,18
Arauca	4	1	1	0,31	0,31
Bolívar	1	1	0	0,08	0,00
Boyacá	3	1	0	0,08	0,00
Caldas	1	0	0	0,00	0,00
Cauca	5	0	0	0,00	0,00
Córdoba	4	1	0	0,05	0,00
Cundinamarca	7	0	0	0,00	0,00
Chocó	1	0	0	0,00	0,00
Huila	1	0	0	0,00	0,00
La Guajira	2	0	0	0,00	0,00
Magdalena	2	1	0	0,10	0,00
Meta	6	0	0	0,00	0,00
Nariño	3	0	0	0,00	0,00
Norte de Santander	1	0	0	0,00	0,00
Santander	7	1	0	0,04	0,00
Sucre	3	0	0	0,00	0,00
Tolima	4	1	0	0,07	0,00
Valle del Cauca	4	1	0	0,05	0,00
Santiago de Cali D. E.	4	0	0	0,00	0,00
Casanare	1	1	0	0,21	0,00
Guaviare	1	0	0	0,00	0,00
Exterior	3	-	-	-	-

Fuente: Sivigila, 2025. SE:36

*SE: Semana Epidemiológica

PE : Periodo Epidemiológico -PE anterior SE 29-32 y PE actual (SE 33-36)

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

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

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

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



Salud

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 36 del 2025 se notificaron 2 089 casos de dengue: 1 589 casos de esta semana y 500 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 101 523 casos, 63 536 (62,6 %) sin signos de alarma, 37 017 (36,5 %) con signos de alarma y 970 (1,0 %) de dengue grave.

El 61,4 % (62 312) de los casos a nivel nacional proceden de Córdoba, Santander, Meta, Norte de Santander, Antioquia, Tolima, Cartagena de Indias D. T., Valle del Cauca, Atlántico y Cundinamarca (tabla 21); mientras que, en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 32 a 35 del 2025) el 51,0 % (3 889) de los casos se concentran en Norte de Santander, Córdoba, Santander, Meta, Antioquia y Tolima.

Tabla 21. Casos notificados de dengue por Entidad Territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025.

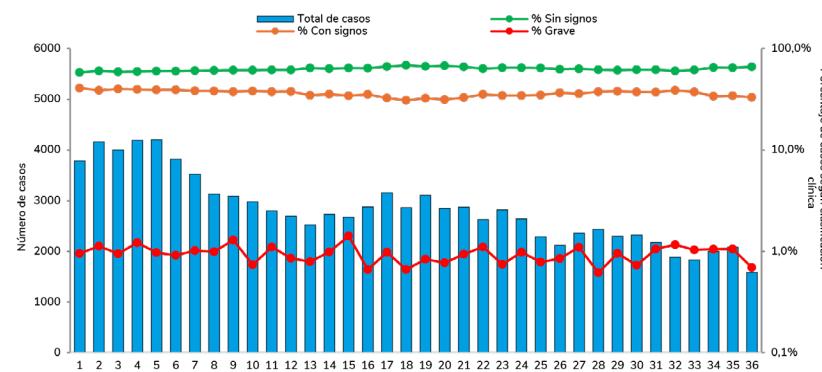
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 29-32 de 2025)	Observado (SE 33-36 de 2025)
Córdoba	9 020	35,8	0,3	894	718
Santander	8 894	32,5	0,6	881	662
Meta	8 793	34,3	1,1	675	618
Norte de Santander	7 398	39,4	1,2	1 032	869
Antioquia	7 012	34,7	0,8	694	605
Tolima	5 175	32,7	1,0	424	417
Cartagena de Indias D. T.	4 964	23,4	1,1	300	356
Valle del Cauca	4 103	26,3	0,6	280	248
Atlántico	3 490	43,4	1,5	356	306
Cundinamarca	3 463	39,7	0,6	160	125
Sucre	3 371	56,7	0,8	402	284
Bolívar	3 343	39,0	0,8	408	278
Huila	3 048	36,1	3,0	178	172
Putumayo	3 008	27,3	0,6	100	148
Santiago de Cali D. E.	2 751	35,4	0,7	176	170
Barranquilla D. E.	2 512	36,8	1,2	127	123
La Guajira	2 477	59,2	1,3	240	171
Cesar	2 450	57,4	1,9	382	351
Caquetá	2 260	38,7	1,2	50	49
Arauca	2 252	32,8	1,1	208	140
Casanare	1 460	32,7	0,3	135	74
Magdalena	1 448	58,4	1,0	321	246
Guaviare	1 010	20,6	0,6	55	89
Risaralda	1 008	35,8	1,1	63	43
Cauca	984	37,9	1,3	47	34
Nariño	964	32,2	1,3	102	80
Chocó	866	17,0	0,7	129	80
Quindío	852	25,9	0,1	62	52
Vichada	815	28,5	0,4	78	51
Boyacá	626	43,1	0,5	45	40
Santa Marta D. T.	449	58,4	0,7	84	61
Caldas	343	47,8	0,3	19	20
Amazonas	298	29,5	0,0	42	36
Exterior	244	49,6	5,3	29	31
Buenaventura D. E.	176	36,4	1,7	17	14
Vaupés	110	9,1	0,9	38	28
Archipiélago de San Andrés y Providencia	50	44,0	0,0	1	2
Guainía	36	38,9	0,0	0	8
Colombia	101 523	36,5	1,0	9 234	7 799

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 32 a 35 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 28 a 31 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 15,0 % en Cartagena de Indias D. T., Guaviare, Putumayo y Guainía; una tendencia al descenso superior al 15,0 % en Arauca, Bolívar, Casanare, Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Vichada y Vaupés; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 21).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 37,0 % a nivel nacional (figura 14); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 32 a 35 del 2025) fueron: Cesar, Magdalena, Santa Marta D. T., La Guajira.

Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 36 del 2025.



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

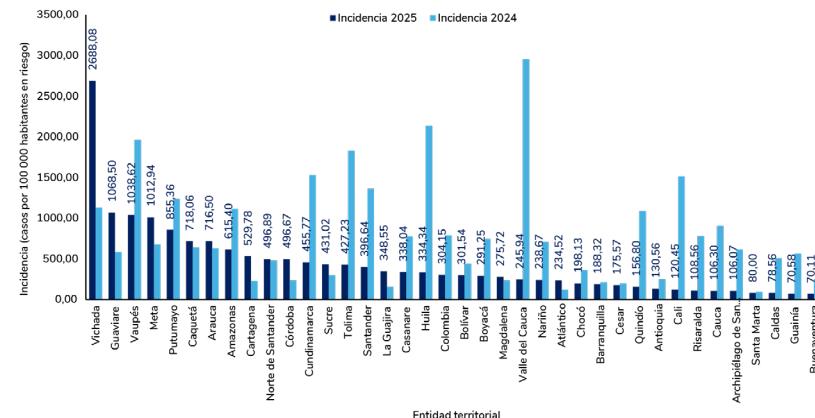
A semana epidemiológica 36 del 2025, la incidencia nacional de dengue es de 304,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2024 la incidencia fue de 786,9 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vichada, Guaviare, Vaupés y Meta presentan las mayores

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.

incidencias a semana epidemiológica 36 del 2025 registrando tasas superiores a 1 000 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 571,7 casos por 100 000 habitantes.

Figura 15. Incidencia de dengue por Entidad Territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 36, 2024-2025.



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

En la semana epidemiológica 36 del 2025, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al descenso con una variación de - 15,5 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 32 a 35 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 28 a 31 del 2025) (figura 16).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 24,3 % (9) se encuentra dentro de lo esperado, el 43,2 % (16) se encuentra en situación de alerta y el 32,4 % (12) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico. De este último grupo, la entidad territorial de Antioquia, Córdoba, Magdalena y Risaralda se encuentra en una temporada de alta transmisión según su comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada (tabla 22).

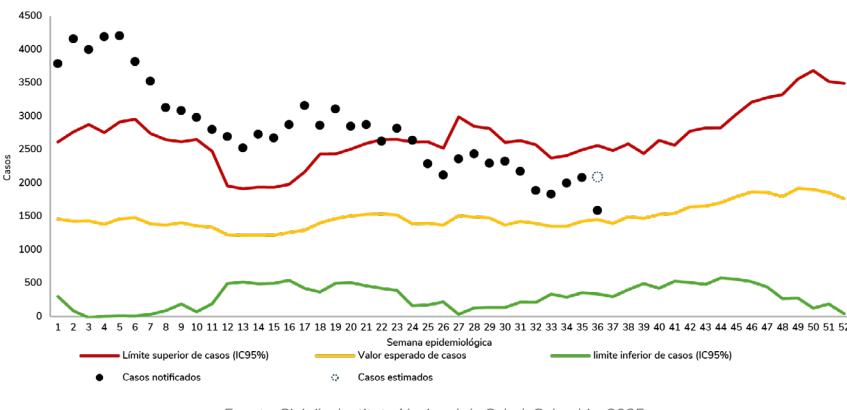
Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 36 del 2025 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 16,7 % (138) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De



Salud

los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 28,1 % (16/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 23).

Figura 16. Canal endémico de dengue. Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 36 del 2025.



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

Tabla 22. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025.

Situación epidemiológica a SE 36, 2025	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de septiembre		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Córdoba, Magdalena, Risaralda	Atlántico, Norte de Santander, Vaupés, Vichada	Guaviare, La Guajira, Putumayo, Quindío
Alerta	Bolívar, Santander	Arauca, Cartagena de Indias D. T., Cesar, Choco, Cundinamarca, Sucre	Amazonas, Boyacá, Caquetá, Meta, Nariño, Santa Marta D.T., Tolima y Valle del Cauca
Dentro de lo esperado	-	Buenaventura D. E., Santiago de Cali D. E., Archipiélago de San Andrés y Providencia	Barranquilla D. E., Caldas, Casanare, Cauca, Guainía, Huila

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

Tabla 23. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Variación último periodo	
				Esperado (SE 28-31, 2025)	Observado (SE 32-35, 2025)
Antioquia	Apartadó	363,6	479	50	65
	Bello	19,3	107	9	9
Atlántico	Sabanalarga	251,3	259	72	66
Cauca	Popayán	35,0	95	4	6
Cesar	Aguachica	607,0	746	97	88
Córdoba	Montería	882,1	4 525	274	235
	Cereté	289,0	318	38	38
Cundinamarca	Fusagasugá	260,1	430	16	11
Meta	Villavicencio	839,8	4 282	375	344
	San José de Cúcuta	577,7	4 410	615	473
Norte de Santander	Ocaña	295,0	350	56	64
	Villa del Rosario	623,0	686	63	56
Risaralda	Pereira	106,3	516	27	22
	Dosquebradas	127,3	277	22	14
Valle del Cauca	Jamundí	535,2	906	44	47
Arauca	Arauca	205,3	206	32	24

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

A semana epidemiológica 36 del 2025, se han notificado 310 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 84 casos, se descartaron 182 casos y se encuentran en estudio 44 casos. De las muertes confirmadas, cuatro casos proceden del Exterior (Venezuela). La letalidad nacional por dengue es de 0,08 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2024, se confirmaron 230 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 24).



Salud

Tabla 24. Letalidad por dengue por Entidad Territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 36, 2024-2025.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2025		Letalidad por dengue a SE 36, 2025	Letalidad por dengue a SE 36, 2024
	Confirmados	En estudio		
Risaralda	3	0	0,30	0,10
Vichada	2	0	0,25	0,00
La Guajira	6	2	0,24	0,00
Santa Marta D. T.	1	0	0,22	0,19
Cauca	2	1	0,20	0,07
Putumayo	5	0	0,17	0,23
Huila	5	1	0,16	0,02
Barranquilla D. E.	3	1	0,12	0,00
Antioquia	8	4	0,11	0,12
Meta	10	1	0,11	0,10
Bolívar	3	0	0,09	0,16
Arauca	2	1	0,09	0,15
Cartagena de Indias D. T.	4	0	0,08	0,24
Santander	7	5	0,08	0,09
Santiago de Cali D. E.	2	1	0,07	0,05
Magdalena	1	1	0,07	0,00
Córdoba	6	6	0,07	0,02
Sucre	2	1	0,06	0,09
Atlántico	2	3	0,06	0,11
Cesar	1	1	0,04	0,26
Norte de Santander	3	4	0,04	0,14
Cundinamarca	1	2	0,03	0,06
Tolima	1	5	0,02	0,10
Chocó	0	1	0,00	0,13
Guaviare	0	1	0,00	3,27
Nariño	0	1	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,05
Exterior	4	0	1,64	0,71
Colombia	80	44	0,08	0,09

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 36 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/busrador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

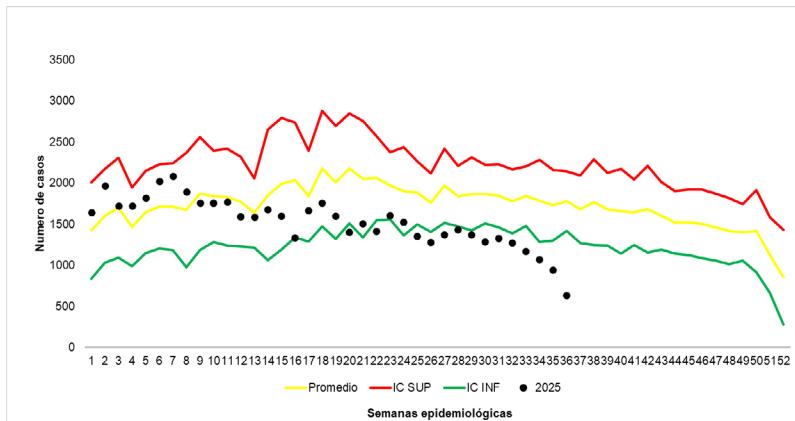


Salud

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 17. Canal endémico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 36 del 2025.



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

*El punto verde proyecta los casos de malaria para la semana epidemiológica 36, ya que por el rezago en la notificación de casos de malaria no se observa la situación real del país.

En la semana epidemiológica 36 del 2025 se notificaron 1 398 casos de malaria, para un acumulado de 55 273 casos, de los cuales 54 258 son de malaria no complicada y 1 015 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,3 % (37 207), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,5 % (17 436) e infección mixta con 1,1 % (630). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (28,1 %), Antioquia (15,6 %), Nariño (13,4 %), Córdoba (8,3 %), Vaupés (6,3 %), Risaralda (4,0 %), Amazonas (3,8 %), Cauca (3,2 %), Buenaventura D. E. (2,7 %), Vichada (2,4 %), Bolívar (2,3 %), Guainía (2,2 %) y Boyacá (1,6 %). Mientras que por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,9 % de los casos son los que se muestran en la tabla 25.

Tabla 25. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 29 a 32	Casos 2025 SE 33 a 36	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Vaupés	Mitú	3 045	219	189	125,33
Córdoba	Tierralta	2 681	217	209	26,86
Chocó	Quibdó	2 264	171	134	15,66
Risaralda	Pueblo Rico	1 991	193	177	118,59
Antioquia	El Bagre	1 682	168	109	29,87
Nariño	El Charco	1 473	251	100	63,36
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	1 483	160	175	4,58
Chocó	Lloró	1 354	120	107	127,60
Nariño	Roberto Payán	1 329	76	59	99,71
Chocó	Bajo Baudó	1 271	193	99	37,46
Nariño	Olaya Herrera	1 200	157	84	45,34
Nariño	Magüí	1 114	43	30	4,17
Guainía	Inírida	1 107	110	54	29,20
Chocó	Tadó	1 118	127	82	55,47
Amazonas	Tarapacá (CD)	1 059	95	69	242,06
Vichada	Cumaribo	1 037	66	27	11,92
Chocó	Bagadó	1 057	112	183	89,25
Córdoba	Puerto Libertador	990	53	25	21,80
Chocó	Istmina	928	106	82	27,44
Chocó	Medio San Juan	935	138	85	79,48
Cauca	Timbiquí	878	42	9	31,23
Boyacá	Cubará	869	40	20	102,01
Chocó	Alto Baudó	847	96	81	27,09
Antioquia	Nechí	788	48	32	28,24
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	763	85	58	2,86
Chocó	El Cantón del San Pablo	738	60	37	106,86
Bolívar	Montecristo	722	73	50	39,30
Nariño	Barbacoas	722	53	29	12,32
Cauca	Guapi	680	34	56	23,02
Antioquia	Chigorodó	656	52	35	10,54
Antioquia	Turbo	623	66	34	4,63
Chocó	Carmen del Darién	594	33	18	26,81
Antioquia	Segovia	531	68	41	12,98
Antioquia	Cáceres	520	92	31	16,69
Chocó	Medio Baudó	498	62	69	29,48

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 73,0 % de los casos.



En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que 15 municipios aportan el 47,3 % de los casos por P. vivax; de estos se evidencia incremento en el municipio de Bagadó, y en decremento los municipios de Mitú, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Inírida, Puerto Libertador, Tarapacá (CD), Cubará, Cumaribo, Lloró, Montecristo, Chigorodó y Bajo Baudó (tabla 26). Mientras que 15 municipios aportan el 62,1 % de los casos por P. falciparum, de los cuales se evidencia en incremento en los municipios de Buenaventura D. E. y Guapi y en decremento los municipios de El Charco, Quibdó, Timbiquí, Roberto Payán, Magüí, Bajo Baudó, Olaya Herrera, Tadó, Lloró, Barbacoas, Istmina, Medio San Juan y Tierralta como se muestra en la tabla 27.

Tabla 26. Casos de malaria no complicada por P. vivax por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 29 a 32 de 2025	Casos SE 33 a 36 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Vaupés	Mitú	207	186	-10 %	8,0 %
Córdoba	Tierralta	186	180	-3 %	6,2 %
Risaralda	Pueblo Rico	158	155	-2 %	4,7 %
Antioquia	El Bagre	148	85	-43 %	3,6 %
Chocó	Quibdó	92	71	-23 %	3,3 %
Guainía	Inírida	106	52	-51 %	3,0 %
Córdoba	Puerto Libertador	49	24	-51 %	2,5 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	77	63	-18 %	2,4 %
Boyacá	Cubará	40	20	-50 %	2,4 %
Vichada	Cumaribo	52	21	-60 %	2,2 %
Chocó	Lloró	63	52	-17 %	2,0 %
Chocó	Bagadó	76	108	42 %	2,0 %
Bolívar	Montecristo	70	44	-37 %	1,7 %
Antioquia	Chigorodó	44	35	-20 %	1,7 %
Chocó	Bajo Baudó	85	41	-52 %	1,6 %

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

Tabla 27. Casos de malaria no complicada por P. falciparum por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 36 del 2025

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 29 a 32 de 2025	Casos SE 33 a 36 de 2025	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	240	91	-62 %	7,9 %
Chocó	Quibdó	77	62	-19 %	5,9 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	107	116	8 %	5,4 %
Cauca	Timbiquí	41	9	-78 %	5,1 %
Nariño	Roberto Payán	22	18	-18 %	4,9 %
Nariño	Magüí	29	20	-31 %	4,7 %
Chocó	Bajo Baudó	106	58	-45 %	3,8 %
Nariño	Olaya Herrera	85	48	-44 %	3,7 %
Cauca	Guapi	32	45	41 %	3,6 %
Chocó	Tadó	65	47	-28 %	3,5 %
Chocó	Lloró	49	41	-16 %	3,0 %
Nariño	Barbacoas	27	8	-70 %	2,9 %
Chocó	Istmina	54	39	-28 %	2,8 %
Chocó	Medio San Juan	68	43	-37 %	2,5 %
Córdoba	Tierralta	31	28	-10 %	2,5 %

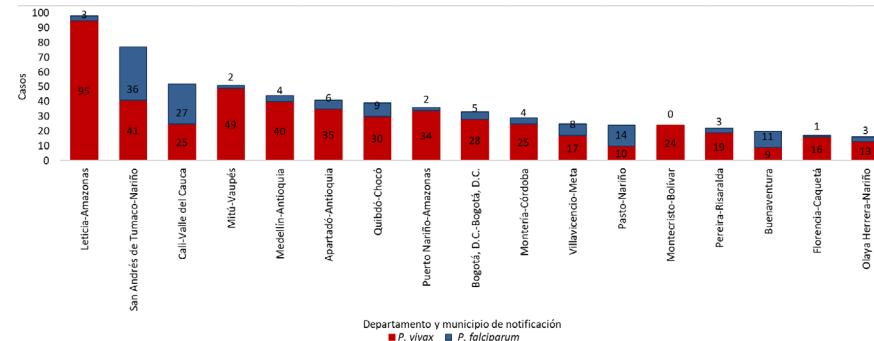
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: Semana Epidemiológica

Malaria complicada

A semana epidemiológica 36 del 2025 se han notificado 1 015 casos de malaria complicada, 773 casos procedentes de ocho entidades territoriales y 34 casos procedentes del exterior. Chocó, Nariño, Antioquia, Amazonas, Vaupés, Bolívar, Buenaventura D. E. y Meta notificaron el 76,2 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 64,8 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 18).



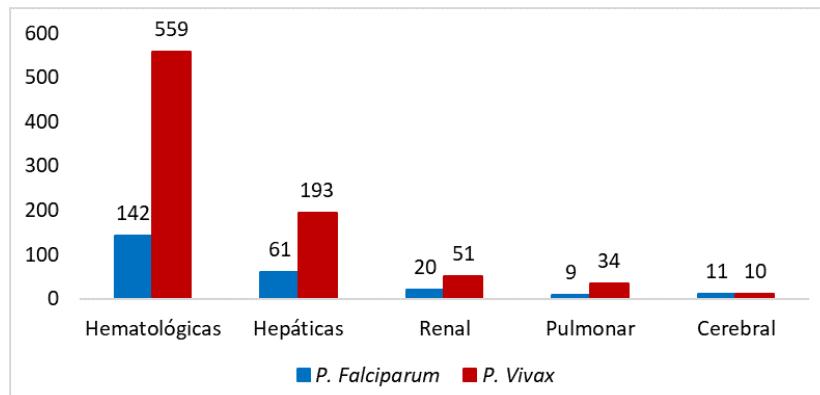
Figura 18. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipios de notificación con mayor carga y especie parasitaria, Colombia, Semana Epidemiológica 36 del 2025.



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

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 64,3 % (701) presentaron complicaciones hematológicas; 23,3 % (254) complicaciones hepáticas; 6,5 % (71) complicaciones renales; 3,9 % (43) complicaciones pulmonares y 1,9 % (21) complicaciones cerebrales (figura 19).

Figura 19. Tipo de complicaciones por malaria, Colombia, Semana Epidemiológica 36 del 2025.



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

Nota: no se incluyen los casos por malaria mixta.

Entidades territoriales en situación de brote y alarma

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 36 del 2025 el país se encuentra dentro de lo esperado; trece departamentos y veinticuatro municipios se encuentran en situación de brote (tabla 28) y seis departamentos y trece municipios se encuentran en situación de alerta por malaria (tabla 29).

Tabla 28. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 36 del 2025.

Municipios en situación de brote SE 01 a 36 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 36 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 30 A 36	Observado SE 30 A 36 de 2025
Nariño	El Charco	5	1 478	71	102
Amazonas	Tarapacá (CD)	5	1 069	61	69
Chocó	Istmina	5	940	72	83
Chocó	Medio San Juan	5	939	62	85
Boyacá	Cubará	4	874	34	20
Antioquia	Cáceres	4	521	22	31
Amazonas	Leticia	4	483	7	13
Arauca	Saravena	4	443	5	17
Amazonas	Puerto Nariño	5	316	13	24
Antioquia	Caucasia	4	307	9	18
Meta	Puerto Gaitán	4	267	6	19
Caquetá	Florencia	4	254	3	7
Vichada	Puerto Carreño	4	237	15	35
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	189	0	5
Guaviare	El Retorno	5	187	15	26
Chocó	El Carmen de Atrato	4	154	3	8
Vaupés	Taraira	5	102	12	18
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	97	4	9
Risaralda	La Virginia	4	96	3	12
Antioquia	Necoclí	4	91	11	16
Arauca	Fortul	4	51	0	6
Bolívar	Achí	4	42	3	7
Amazonas	Mirití - Paraná	4	29	5	11
Amazonas	El Encanto	4	6	0	5

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

Tabla 29. Departamentos y municipios en situación de alarma por malaria comparativo comportamientos inusuales, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 36 del 2025

Municipios en situación de alarma SE 01 a 36 2025					
Departamento	Municipio	Estrato de riesgo	Acumulado de SE 01 a 36 2025	Esperado promedio años 2021 a 2024 de SE 30 A 36	Observado SE 30 A 36 de 2025
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	5	1 525	171	182
Antioquia	Segovia	5	539	40	43
Chocó	Cértegui	4	167	16	14
Antioquia	Remedios	4	77	5	7
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	61	4	7
Meta	Puerto Concordia	4	55	2	6
Córdoba	Tuchín	4	55	4	6
Arauca	Arauquita	4	39	2	5
Antioquia	San Juan de Urabá	4	34	4	6
Sucre	San Onofre	4	25	0	4
Guainía	Pana Pana	4	5	0	2
Santander	Puerto Parra	4	2	0	2
Valle del Cauca	Dagua	4	2	0	2

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

Desnutrición aguda moderada: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, y 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%20%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 36 del 2025 se han notificado 15 262 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 15 146 corresponden a residentes en Colombia y 116 casos de residentes en el exterior.



La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (37 del 2024 a 36 del 2025) es de 0,59 casos por 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 170 municipios a nivel nacional (15,1 %) y de disminución en 21 municipios (1,9 %) (tabla 30).

El 80,8 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada y el 19,2 % 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.

El mayor porcentaje de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (28,2 %) y de 1 año (27,8 %). Según el área de residencia, el mayor porcentaje se reportó en residentes en cabeceras municipales el 66,9 %.

Para la semana epidemiológica 36 del 2025; comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos en Santa Marta D. T, Vaupés y Archipiélago de San Andrés y Providencia. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas en la notificación de 18 municipios (tabla 31).

Tabla 30. 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 36, 2024-2025.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 36 de 2024	Casos a SE 36 de 2025	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	17 947	15 146	0,59	15,1	1,9
La Guajira	2 052	1 199	1,84	6,7	0,0
Vichada	254	160	1,60	0,0	0,0
Chocó	838	606	1,45	19,4	6,5
Magdalena	520	597	0,95	41,4	3,4
Risaralda	327	337	0,82	21,4	0,0
Amazonas	48	53	0,81	9,1	0,0
Arauca	270	132	0,81	0,0	28,6
Guaviare	72	51	0,77	0,0	0,0
Cesar	685	673	0,76	4,0	0,0
Cartagena de Indias D.T	312	378	0,67	0,0	0,0
Casanare	234	188	0,67	10,5	5,3
Antioquia	2 070	2 029	0,66	33,6	1,6
Putumayo	136	139	0,62	0,0	0,0
Bolívar	486	445	0,62	20,0	2,2
Boyacá	374	372	0,61	8,1	0,0
Nariño	672	484	0,60	17,2	1,6
Bogotá D. C.	2 348	1 925	0,58	0,0	0,0
Vaupés	40	21	0,57	16,7	16,7
Guainía	47	33	0,56	11,1	11,1
Norte Santander	484	508	0,54	10,0	2,5
Buenaventura D. E.	190	132	0,52	0,0	0,0
Meta	398	286	0,51	13,8	0,0
Sucre	208	290	0,50	34,6	0,0
Cundinamarca	1 050	825	0,50	6,0	0,9
Tolima	318	241	0,49	10,6	0,0
Huila	402	332	0,49	16,2	0,0
Valle	443	451	0,46	30,0	0,0
Santa Marta D. T.	95	131	0,45	100,0	0,0
Santiago de Cali D. E.	411	438	0,44	0,0	0,0
Caquetá	146	101	0,41	0,0	6,3
Santander	469	354	0,36	14,9	2,3
Córdoba	441	361	0,36	10,0	0,0
Caldas	199	137	0,34	11,1	0,0
Barranquilla D. E.	202	225	0,33	0,0	0,0
Atlántico	379	242	0,30	4,5	13,6
Quindío	66	58	0,26	0,0	0,0
Cauca	253	209	0,26	2,4	2,4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	3	0,13	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica,

*Casos acumulados de SE 37 de 2024 a SE 36 del 2025.

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

Tabla 31. 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 36 del 2025.

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Turbo	41	105
Tolima	Ibagué	46	71
Sucre	Sincelejo	31	67
Valle del Cauca	Jamundí	26	52
Boyacá	Sogamoso	24	51
Risaralda	Dosquebradas	26	48
Antioquia	Rionegro	24	38
Valle del Cauca	Yumbo	27	35
Norte de Santander	Ocaña	28	32
Cundinamarca	Chía	19	31
Huila	Pitalito	22	31
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	14	31
Antioquia	Envigado	11	24
Norte de Santander	Villa del Rosario	41	22
Bolívar	Turbaco	11	20
Cundinamarca	Girardot	37	20
Atlántico	Sabanalarga	31	19
Santander	Floridablanca	23	13

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

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

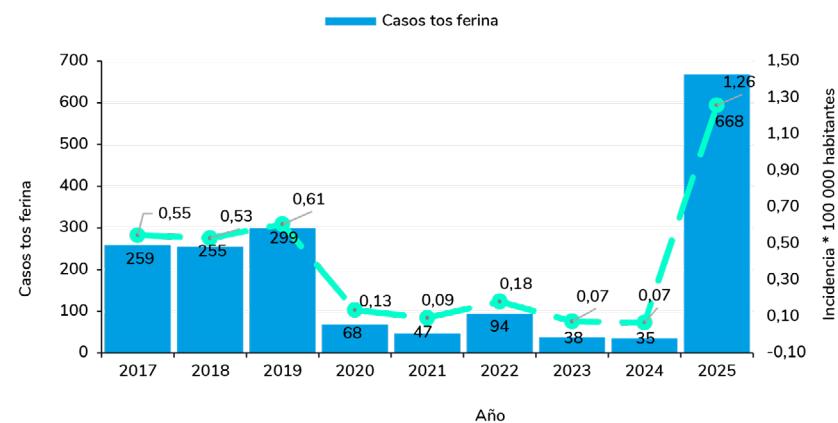
Tos ferina

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

Durante la semana epidemiológica 35 (SE 35), a nivel nacional se notificaron en Sivigila 5 190 casos de tos ferina. De estos, el 13,0 % (675 casos) fueron confirmados (668 con procedencia nacional y 7 importados), el 78,6 % (4 080 casos) fueron descartados y el 8,4 % (435 casos) continúa en estudio.

La incidencia nacional fue de 1,26 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 2017–2024, cuando la incidencia no superó los 0,61 casos por cada 100 000 habitantes (figura 20).

Figura 20. Incidencia de casos confirmados de tos ferina. Semana Epidemiológica 35, Colombia, 2017-2025.



Fuente: Sivigila 2017 -2025p



Salud

Comportamiento de la tos ferina por departamento de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 35, del 2019 al 2025

El mayor número de casos se registró en Bogotá D. C. con 234 casos y una incidencia de 2,95 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 162 casos (2,33), Cundinamarca con 42 casos (1,15) y Huila con 23 casos (1,91).

En la tabla 32 se presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia junto con su respectiva incidencia, comparados con los datos históricos del período 2019–2024 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 32. Incidencia de tos ferina hasta la Semana Epidemiológica 35 por departamento de procedencia. 2019-2025, Colombia.

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Micrográfico	2025
Colombia	0,55	0,12	0,09	0,18	0,07	0,06	1,26	—	668
Bogotá D. C.	0,74	0,09	0,01	0,05	0,03	0,04	2,95	—	234
Antioquia	0,73	0,18	0,12	0,13	0,04	0,07	2,33	—	162
Cundinamarca	0,45	0,13	0,03	0,00	0,12	0,14	1,15	—	42
Huila	0,18	0,35	0,00	0,00	0,08	0,25	1,91	—	23
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	1,90	—	20
Cartagena de Indias D. T.	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,69	—	18
Risaralda	0,73	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,74	—	17
Chocó	0,19	0,18	3,49	0,34	0,00	0,33	2,44	—	15
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,78	—	15
Santiago de Cali D. E.	0,13	0,31	0,00	0,00	0,18	0,09	0,57	—	13
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,54	—	11
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,93	—	10
Meta	0,19	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,78	—	9
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,74	—	9
Cesar	0,32	0,31	0,00	0,00	0,15	0,07	0,57	—	8
Atlántico	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,53	—	8
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,31	0,00	0,53	—	7
Cauca	0,41	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	—	7
Nariño	0,37	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,41	—	7
Santander	0,31	0,13	0,43	0,04	0,00	0,04	0,25	—	6
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,14	—	4
Quindío	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	0,70	4
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,39	—	4
Magdalena	0,23	0,00	0,00	0,22	0,11	0,00	0,31	—	3
Barranquilla D. E.	0,24	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22	0,22	3
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,62	—	2
Santa Marta D. T.	0,19	0,19	0,00	1,28	0,72	0,00	0,35	—	2
Tolima	0,15	0,07	0,07	0,07	0,22	0,14	0,14	—	2
Norte de Santander	0,96	0,12	0,00	0,00	0,29	0,06	0,12	—	2
Caquetá	1,23	0,73	0,00	0,00	0,00	0,93	0,23	—	1
Exterior	-	-	-	-	-	-	-	-	7

Fuente: sivigila 2019-2025p

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,08 casos por cada 100 000 habitantes (41 casos). El mayor valor se observó en Quindío con 0,35 (2 casos), seguido de Córdoba con 0,21 (1 caso) (tabla 33).

Tabla 33. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia por departamento de procedencia en las últimas ocho Semanas Epidemiológicas (28-31) del 2025.

Entidad territorial	Casos acumulados	Incidencia acumulada	Casos PE anterior (SE 28-31)	Casos PE actual (SE 32-35)	Incidencia PE anterior (SE 28-31)	Incidencia PE actual (SE 32-35)	Tendencia de la incidencia
Colombia	668	1,26	90	41	0,17	0,08	—
Quindío	4	0,70	0	2	0,00	0,35	—
Córdoba	15	0,78	2	4	0,10	0,21	—
Cartagena de Indias D. T.	18	1,69	8	2	0,75	0,19	—
La Guajira	10	0,93	1	2	0,09	0,19	—
Chocó	15	2,44	0	1	0,00	0,16	—
Bogotá D. C.	234	2,95	30	11	0,38	0,14	—
Santiago de Cali D. E.	13	0,57	1	3	0,04	0,13	—
Antioquia	162	2,33	17	9	0,24	0,13	—
Sucre	4	0,39	1	1	0,10	0,10	—
Caldas	20	1,90	7	1	0,67	0,10	—
Meta	9	0,78	3	1	0,26	0,09	—
Boyacá	7	0,53	5	1	0,38	0,08	—
Cesar	8	0,57	0	1	0,00	0,07	—
Atlántico	8	0,53	1	1	0,07	0,07	—
Valle del Cauca	11	0,54	1	1	0,05	0,05	—
Barranquilla D. E.	3	0,22	1	0	0,07	0,00	—
Bolívar	9	0,74	2	0	0,16	0,00	—
Caquetá	1	0,23	0	0	0,00	0,00	—
Cauca	7	0,44	0	0	0,00	0,00	—
Cundinamarca	42	1,15	5	0	0,14	0,00	—
Huila	23	1,91	0	0	0,00	0,00	—
Magdalena	3	0,31	0	0	0,00	0,00	—
Santa Marta D. T.	2	0,35	1	0	0,18	0,00	—
Nariño	7	0,41	3	0	0,17	0,00	—
Norte de Santander	2	0,12	0	0	0,00	0,00	—
Risaralda	17	1,74	0	0	0,00	0,00	—
Santander	6	0,25	0	0	0,00	0,00	—
Tolima	2	0,14	0	0	0,00	0,00	—
Arauca	2	0,62	1	0	0,31	0,00	—
Vichada	4	3,14	0	0	0	0	—
Exterior	7	-	-	-	-	-	-

Fuente: sivigila 2019-2025p

Seguimiento de brotes en población indígena por departamento de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 35 del 2025

Durante el periodo analizado se notificaron 78 casos de tos ferina en población indígena, distribuidos en 18 municipios de 11 entidades territoriales. El mayor número se presentó en Urrao (Antioquia) con 29 casos, seguido de Bagadó (Chocó) con 10 casos y Bogotá D. C. con 6 casos. A la fecha, se encuentran en seguimiento los brotes en población indígena en los municipios de Bagadó y Tadó (Chocó), Pueblo Rico y Mistrató (Risaralda), Tierralta (Córdoba) y Puerto Gaitán (Meta) (tabla 34).



Tabla 34. Casos de tos ferina en etnia indígena en Colombia por departamento de procedencia hasta la Semana Epidemiológica 35 del 2025.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Estado
Colombia		79	5	Abierto
Antioquia	Urrao	29	1	Cerrado
	Betulia	1	0	Cerrado
Bogotá	Bogotá	6	0	Cerrado
Cauca	Caloto	1	0	Cerrado
Caldas	Belalcazar	3	0	Cerrado
	Manizales	5	0	Cerrado
	Anserma	1	0	Abierto
Chocó	Bagadó	10	1	Abierto
	Tadó	1	1	Abierto
	El Carmen de Atrato	3	0	Cerrado
La Guajira	Maicao	1	0	Cerrado
	Riohacha	2	0	Cerrado
	Uribia	4	0	Cerrado
Córdoba	Tierralta	4	1	Abierto
Meta	Puerto Gaitán	3	1	Abierto
Risaralda	Pueblo Rico	1	0	Abierto
	Mistrató	2	0	Abierto
Magdalena	Ciénaga	1	0	Cerrado
Vichada	Cumaribo	1	0	Cerrado

Fuente: Sivigila 2025p



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA



Salud



ALERTAS NACIONALES

Actualización brote de fiebre amarilla a nivel nacional, septiembre 9 del 2025.

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, en el acumulado 2024-2025p se han confirmado 132 casos de fiebre amarilla y tres (3) casos procedentes del exterior (Estado Apure 2 y Estado Amazonas 1), con 51** defunciones (acumuladas 2024-2025 preliminar) y un (1) caso en estudio, con una letalidad acumulada preliminar del 38,6 % (51/132) **.

Durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos. En lo corrido del 2025p se han confirmado 109 casos de fiebre amarilla, de los cuales 38 son casos fallecidos confirmados y un (1) caso en estudio (cifra preliminar**). La distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (112 casos):** Ataco (26), Villarrica (20), Prado (17), Cunday (19), Chaparral (8), Rioblanco (7), Purificación (7), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1).
- **Caldas (1 caso):** Neira (1).
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)
- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1)

** Se excluyen del cálculo de letalidad cinco (5) casos en los que su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y un (1) caso en estudio.

** Las procedencias de los casos pueden variar según los acuerdos a que se lleguen con la entidad territorial de procedencia de los casos. Los datos de mortalidad y letalidad pueden variar por la notificación y la clasificación final del caso en la unidad de análisis. El proceso de identificación de la muerte depende del diagnóstico del médico tratante, de los hallazgos de laboratorio (virología y patología) y de análisis epidemiológico.

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.



Las mortalidades acumuladas (preliminares) 2024-2025p se distribuyen en nueve departamentos: Tolima (37) **, Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

La edad promedio de los casos es de 45,8 años (rango entre 2 y 92 años), con predominio del sexo masculino (105 hombres y 27 mujeres). Los grupos etarios más afectados son los mayores de 65 años (28 casos) y los de 60 a 64 años (14 casos).

Se han confirmados 68 casos de fiebre amarilla en PNH (Primates No Humanos) distribuidos así: 51 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (17), Ataco (10), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Cunday (5), Villarrica (3) y Purificación (1); ocho casos procedentes de Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2); y un caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio.

La situación se encuentra bajo seguimiento en Sala de Análisis del Riesgo Nacional, con despliegue de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) del INS.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional– INS.

Actualización brote de fiebre amarilla en zona rural del departamento del Tolima, septiembre 9 del 2025.

Situación con ocurrencia en los municipios de: Ataco, Villarrica, Prado, Cunday, Chaparral, Rioblanco, Purificación, Dolores, Ibagué, Palocabildo, Valle de San Juan, y Espinal en el departamento del Tolima. Este brote inició en septiembre del 2024, y hasta la fecha se han confirmado 112 casos acumulados de fiebre amarilla, 111 mediante PCR y 1 por nexo epidemiológico. Se han registrado 37 fallecimientos (36 confirmados para fiebre amarilla y 1 en estudio), lo que corresponde a una letalidad del 32,1 % (36/112). El último caso se confirmó el 25 de agosto del 2025.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional– INS

** Se excluyen del cálculo de letalidad cinco (5) casos en los que su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y cuatro (1) casos en estudio.

** Las procedencias de los casos pueden variar según los acuerdos a que se lleguen con la entidad territorial de procedencia de los casos. Los datos de mortalidad y letalidad pueden variar por la notificación y la clasificación final del caso en la unidad de análisis. El proceso de identificación de la muerte depende del diagnóstico del médico tratante, de los hallazgos de laboratorio (virología y patología) y de análisis epidemiológico.



Salud

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 36 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 carbunco. Tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos; sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS.

ALERTAS INTERNACIONALES

Enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 05 de septiembre del 2025.

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

La alerta inicial se reportó a la OMS el 01 de septiembre del 2025 sobre casos sospechosos de EVE. El caso índice sospechoso se hospitalizó el 20 de agosto del 2025; se trataba de una mujer embarazada de 34 semanas de gestación que presentó síntomas de fiebre, diarrea sanguinolenta, hemorragia, vómitos y astenia, seguidos de insuficiencia multiorgánica. Falleció el 25 de agosto del 2025. Dos de los profesionales sanitarios que habían estado en contacto inicial con este primer caso también presentaron síntomas similares y fallecieron.

Hasta el 4 de septiembre del 2025 se habían notificado 28 casos sospechosos, incluidas 15 muertes de los cuales cuatro eran personal sanitario (letalidad: 54 %) en tres zonas de la zona sanitaria de Bulape (Bulape, Bulape Com y Dikolo) y la zona sanitaria de Mweka. Aproximadamente el 80 % de los casos sospechosos tienen más de 15 años. Se recogieron cinco muestras de sangre de cinco casos sospechosos y un hisopado nasofaríngeo de un posible fallecimiento en las tres zonas sanitarias. El 3 de septiembre de 2025 se confirmó el virus del Ébola (EBOV) mediante ensayos GeneXpert y de reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Los resultados obtenidos a partir de la secuenciación del genoma completo sugieren que el brote es un nuevo evento de propagación zoonótica y no está

vinculado directamente con los brotes de EVE de Luebo de 2007 o de Mweka de 2008/2009.

La OMS evalúa el riesgo general para la salud pública que plantea el actual brote de EVE como alto a nivel nacional, moderado a nivel regional y bajo a nivel mundial.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad por el virus del Ébola en República Democrática del Congo. Fecha de publicación: 05 de septiembre de 2025. Fecha de consulta: 05 de septiembre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2025-DON580>

TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por Entidad Territorial a
Semana Epidemiológica 36 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 36

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Defectos Congénitos			Hepatitis A			
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico			
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	
Amazonas	43	1	0	356	33	41	298	20	36	88	7	10	0	0	0	13	1	0	0	0	0	0
Antioquia	431	9	7	14861	1317	1559	7012	276	605	2430	131	173	57	4	7	1110	105	102	531	44	13	
Arauca	76	2	1	633	53	65	2252	96	140	738	22	26	25	0	2	49	6	5	3	0	1	
Atlántico	84	2	3	3138	262	328	3490	241	306	1516	143	142	51	7	7	40	5	3	2	0	0	
Barranquilla D.E.	12	0	0	3340	245	336	2512	259	123	925	129	46	29	5	1	80	6	10	20	2	3	
Bogotá D.C.	2	0	0	17433	1771	1929	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2688	167	305	96	13	10	
Bolívar	221	10	4	2225	200	202	3343	307	278	1303	163	100	27	8	3	110	9	9	2	0	0	
Boyacá	48	2	1	5266	480	548	626	27	40	270	10	17	3	0	0	479	35	40	5	1	0	
Buenaventura D.E.	17	1	0	92	12	8	176	28	14	64	12	4	3	0	0	21	2	4	1	0	1	
Caldas	48	1	3	3023	287	355	343	23	20	164	14	6	1	0	0	74	8	13	9	1	0	
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	3857	409	463	2751	583	170	973	245	52	19	7	1	476	41	67	60	20	0	
Caquetá	151	5	2	868	88	103	2260	57	49	875	32	24	28	0	0	49	10	0	2	0	0	
Cartagena de Indias D.T.	12	0	0	1388	128	146	4964	225	356	1160	117	77	56	7	5	133	15	14	5	0	0	
Casanare	120	3	1	1333	117	154	1460	182	74	477	68	28	5	2	0	59	6	4	45	0	4	
Cauca	77	2	1	4225	435	451	984	50	34	373	19	11	13	1	1	372	25	69	26	1	3	
Cesar	236	6	6	2313	177	247	2450	293	351	1406	192	198	47	8	6	56	9	4	5	1	0	
Chocó	164	4	7	212	17	22	866	74	80	147	17	20	6	1	1	86	6	7	2	0	0	
Córdoba	214	8	3	3894	351	409	9020	401	718	3231	201	337	31	5	6	192	26	7	3	1	0	
Cundinamarca	60	2	0	11082	1032	1170	3463	170	125	1374	82	44	20	1	2	799	49	102	17	3	1	
Guainía	18	0	0	146	12	16	36	5	8	14	1	4	0	0	0	14	1	1	0	0	0	
Guaviare	82	2	0	298	27	33	1010	28	89	208	7	18	6	0	1	32	2	2	1	0	0	
Huila	125	1	4	4887	438	533	3048	323	172	1100	130	66	90	9	3	283	29	26	8	1	1	
La Guajira	99	4	1	1711	158	197	2477	115	171	1467	80	103	32	2	2	41	9	9	2	0	0	
Magdalena	105	4	2	1897	183	179	1448	122	246	845	82	162	14	2	2	39	4	2	1	0	0	
Meta	202	5	6	3297	301	342	8793	382	618	3017	147	173	101	3	5	127	16	12	76	4	12	
Nariño	85	2	0	5588	500	610	964	67	80	310	19	38	13	1	2	231	20	19	5	0	0	
Norte de Santander	244	6	11	4992	428	548	7398	319	869	2915	182	282	88	5	4	249	33	20	24	12	3	
Putumayo	120	2	1	1341	126	130	3008	46	148	822	13	33	17	0	1	90	7	10	0	0	0	
Quindío	14	0	0	2312	218	261	852	26	52	221	10	12	1	0	0	27	7	8	28	1	0	
Risaralda	43	1	1	3274	305	350	1008	21	43	361	10	14	11	0	1	126	14	30	6	1	0	
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	343	27	28	50	6	2	22	3	1	0	0	0	4	1	1	0	0	0	
Santa Marta D.T.	32	1	1	1736	109	166	449	47	61	262	29	32	3	1	0	28	3	5	2	0	1	
Santander	172	6	3	5858	499	608	8894	506	662	2891	254	236	53	5	8	153	20	15	81	4	1	
Sucre	78	3	0	2189	180	215	3371	311	284	1912	194	126	27	6	5	64	7	11	2	0	0	
Tolima	118	1	4	5469	484	630	5175	584	417	1694	281	99	51	5	4	171	18	18	6	1	0	
Valle del Cauca	58	1	1	6711	597	689	4103	323	248	1079	140	72	25	3	3	315	25	40	18	4	0	
Vauqué	40	0	1	218	12	30	110	11	28	10	4	0	1	0	0	16	1	1	13	0	0	
Vichada	38	0	0	205	21	26	815	15	51	232	4	7	3	0	0	15	1	2	0	0	0	
Total nacional	3.695	97	75	132.011	12.037	14.127	101.279	6.569	7.768	36.896	3.194	2.793	957	98	83	8.911	750	997	1.107	115	54	



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 36

Decreto
Incremento

	Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases		
	Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	19	1	2	25	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	15	0	0
Antioquia	2588	312	310	494	67	73	5	2	0	10	2	0	84	7	15	510	57	42	160	20	7
Arauca	55	5	5	76	9	4	0	0	0	0	0	0	3	1	1	38	3	5	1	0	0
Atlántico	463	51	65	71	9	6	2	0	0	2	1	0	56	4	10	141	14	16	7	0	2
Barranquilla D.E.	472	58	46	76	8	7	1	1	0	1	0	0	50	5	5	156	15	15	24	2	0
Bogotá D.C.	2908	291	337	183	29	27	9	2	2	20	1	12	102	9	10	743	71	96	243	27	33
Bolívar	207	28	22	89	13	3	2	0	0	1	0	0	26	1	0	94	11	13	39	1	0
Boyacá	345	41	43	113	16	19	0	1	0	0	0	0	17	2	3	63	8	7	21	4	2
Buenaventura D.E.	25	3	3	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0
Caldas	372	51	35	106	15	12	1	1	0	0	0	0	9	2	1	43	8	4	59	3	2
Santiago de Cali D.E.	764	81	86	85	15	17	0	1	0	2	1	0	22	2	1	199	20	18	3	2	1
Caquetá	71	8	4	76	12	8	0	0	0	0	0	0	9	1	0	32	5	6	3	0	0
Cartagena de Indias D.T.	248	28	31	35	6	2	1	0	0	1	0	0	9	1	1	67	8	8	3	1	0
Casanare	101	11	8	75	8	10	0	0	0	0	0	0	14	0	3	42	2	6	1	0	0
Cauca	210	29	34	203	30	13	2	0	0	2	0	1	15	1	0	80	8	12	24	0	8
Cesar	276	27	26	164	16	17	0	0	0	0	0	0	51	3	10	112	12	16	7	1	2
Chocó	18	2	5	49	3	7	0	1	0	1	0	0	6	0	1	31	4	7	1	0	1
Córdoba	429	49	46	199	24	25	6	1	0	4	0	0	55	6	2	222	23	18	15	1	5
Cundinamarca	880	103	89	186	27	20	1	2	0	2	0	0	39	5	1	182	16	20	69	5	7
Guainía	4	1	0	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	2	0	0	0
Guaviare	28	2	3	11	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	11	1	3	1	0	0
Huila	201	33	21	208	30	23	1	0	0	2	0	0	17	1	5	77	11	7	17	1	1
La Guajira	141	13	14	61	9	6	0	0	0	1	0	0	17	2	3	75	8	9	17	2	0
Magdalena	148	14	19	63	9	4	0	0	0	0	0	0	15	2	2	66	7	11	7	1	1
Meta	257	26	28	189	19	21	0	1	0	1	0	0	29	1	5	119	11	15	13	1	3
Nariño	486	57	54	335	26	28	5	0	1	1	1	0	20	3	1	164	17	15	13	2	5
Norte de Santander	435	47	46	232	31	24	0	0	0	1	0	0	28	3	5	141	16	18	25	3	4
Putumayo	94	9	6	147	16	17	0	0	0	1	0	0	15	2	5	65	4	10	7	0	1
Quindío	163	31	27	64	8	5	0	0	0	0	0	0	7	1	1	42	10	4	7	1	0
Risaralda	451	54	50	117	14	15	5	0	1	10	0	0	14	3	2	141	13	16	17	7	4
Archipiélagos de San Andrés y Providencia	13	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	154	19	18	42	2	3	0	0	0	0	0	0	8	0	1	31	2	2	7	0	0
Santander	624	64	77	212	34	20	2	0	0	9	0	1	40	5	5	121	13	21	41	3	3
Sucre	219	27	18	68	10	9	0	0	0	0	0	0	22	1	3	82	6	11	5	1	1
Tolima	367	46	49	195	30	31	4	1	0	0	0	0	17	2	1	63	10	7	12	0	1
Valle del Cauca	582	59	75	220	27	23	11	2	1	3	1	0	34	2	2	160	18	17	2	0	0
Vaupés	5	0	2	15	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0
Vichada	7	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Total nacional	14.830	1.685	1.706	4.501	577	508	58	17	5	75	7	14	852	80	105	4.164	436	478	886	89	94

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 36

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones por artefactos explosivos			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.		
Departamento	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado	Acumulado 2025	Esperado	Observado
Amazonas	5	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	2168	183	169	5	2	2
Antioquia	689	94	62	64	8	5	121	18	29	206	11	24	8599	796	565	188	26	29
Arauca	3	0	0	47	7	7	6	2	0	1	1	1	559	7	29	11	1	2
Atlántico	109	9	27	6	1	0	17	4	8	0	2	0	0	0	0	13	3	5
Barranquilla D.E.	213	18	28	17	4	1	18	0	6	4	3	4	0	0	0	28	10	3
Bogotá D.C.	1662	167	209	10	1	1	53	6	9	229	4	20	0	0	0	211	40	45
Bolívar	82	23	5	5	1	0	62	8	22	0	1	0	1295	83	94	14	4	6
Boyacá	54	8	7	5	0	0	25	5	8	1	1	1	874	0	20	31	6	4
Buenaventura D.E.	2	1	0	1	0	1	2	0	2	2	1	2	1525	174	182	4	2	1
Caldas	70	17	16	38	5	1	21	2	2	8	20	8	21	2	2	17	2	1
Santiago de Cali D.E.	160	49	17	40	5	1	16	2	4	90	6	7	4	1	0	65	10	13
Caquetá	16	2	0	6	0	3	3	1	0	4	2	4	335	8	8	10	3	1
Cartagena de Indias D.T.	17	22	0	0	0	0	8	0	1	3	3	3	6	0	1	16	4	6
Cañar	24	3	2	3	1	0	4	1	0	0	1	0	3	6	0	4	0	0
Cauca	40	8	6	7	1	0	69	18	12	4	2	4	1756	267	68	28	3	7
Cesar	60	9	9	23	5	1	30	4	6	1	2	1	13	2	0	27	4	12
Chocó	4	3	2	1	0	0	16	4	5	1	0	1	15409	2261	1248	15	3	3
Córdoba	266	28	17	12	3	1	36	6	4	2	0	2	4544	881	288	29	3	5
Cundinamarca	215	20	21	17	1	1	45	4	4	8	3	8	0	0	0	63	7	12
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1197	447	64	0	0	0
Guaviare	52	2	7	1	0	0	2	3	1	4	0	0	806	95	76	0	0	0
Huila	79	22	10	8	1	2	51	7	8	8	0	4	1	0	1	18	6	5
La Guajira	16	2	1	10	1	0	19	9	6	0	1	8	31	1	1	11	2	5
Magdalena	15	2	1	9	2	0	27	9	8	0	0	0	3	1	1	6	2	1
Meta	106	19	12	12	2	0	16	3	5	17	7	17	715	33	35	11	0	0
Nariño	158	27	14	15	2	0	130	17	19	7	7	7	7432	943	421	55	9	15
Norte de Santander	86	9	10	27	0	25	122	14	33	11	8	11	436	169	37	52	8	10
Putumayo	16	4	2	4	1	1	14	1	0	5	2	5	62	4	5	7	2	2
Quindío	96	18	2	4	0	0	14	1	3	9	2	9	4	2	1	10	3	3
Risaralda	119	13	18	1	0	0	7	1	0	5	1	5	2214	311	203	24	4	5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	39	5	5	9	1	1	9	0	2	2	0	2	0	0	0	9	2	3
Santander	69	11	11	14	3	1	40	6	10	2	0	2	13	1	4	77	8	19
Sucre	11	3	2	3	0	0	16	2	1	0	0	0	75	6	9	9	0	0
Tolima	73	10	10	24	3	0	37	5	3	9	5	9	1	0	0	23	2	3
Valle del Cauca	541	29	55	40	4	1	32	4	7	9	8	9	64	8	5	49	6	7
Vaupés	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3497	235	224	12	1	1
Vichada	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1306	164	62	3	0	0
Total nacional	5.176	656	588	487	56	54	1.094	170	228	652	36	68	54.971	7.134	3.823	1.155	188	236



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 36

Decreto
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Morbilidad Materna Externa			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 clínica			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			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
Amazonas	70	41	70	4650	549	459	138	14	12	0	0	0	3708	391	206	13	13	13
Antioquia	2382	2174	2382	704012	79384	68270	35201	2920	2950	4055	716	707	265623	38561	29617	455	631	455
Arauca	95	105	95	20022	2546	2935	2819	164	365	75	6	23	6035	680	615	21	48	21
Atlántico	791	694	791	119192	12291	14963	2637	335	395	1614	230	472	53768	3675	6223	91	177	91
Barranquilla D.E.	805	1112	805	172932	18865	22109	10038	458	1470	1493	251	311	66834	5821	6804	120	220	120
Bogotá D.C.	3971	3440	3971	1359394	134388	139320	65210	4768	5949	7175	1416	1623	533954	62251	53160	458	618	458
Bolívar	669	651	669	101686	11941	12729	2024	273	267	340	111	83	22783	2521	2522	106	167	106
Boyacá	471	391	471	107991	12892	12229	6208	459	652	375	81	90	36467	4033	3666	75	104	75
Buenaventura D.E.	74	89	74	5064	1150	733	93	7	5	9	2	1	2093	349	225	47	61	47
Caldas	415	395	415	65577	8116	6599	2774	267	251	1005	152	190	21870	2942	2100	58	71	58
Santiago de Cali D.E.	1409	1030	1409	194531	21981	17503	7805	531	903	486	58	76	74302	11195	7115	177	217	177
Caquetá	170	142	170	25209	3704	3131	1559	141	203	29	10	9	10185	2010	1143	28	49	28
Cartagena de Indias D.T.	833	693	833	155346	18654	17199	9522	411	1029	1266	274	304	38936	4286	3107	104	188	104
Casanare	269	221	269	22008	2964	2824	425	83	93	36	14	19	8064	995	757	42	58	42
Cauca	761	664	761	88011	10112	8504	2976	119	265	491	62	106	30834	4979	3912	110	190	110
Cesar	776	525	776	102522	10833	12381	5290	680	607	392	87	118	21267	2582	1826	141	206	141
Chocó	169	183	169	22279	1850	1794	1578	146	95	16	5	1	11395	841	1452	65	141	65
Córdoba	701	694	701	161783	14982	19228	6539	597	909	1172	295	331	43060	4113	3845	161	301	161
Cundinamarca	1538	1199	1538	308195	29063	33510	11365	772	1223	1265	305	256	113873	12292	12731	243	300	243
Guainía	17	14	17	2122	236	214	104	26	14	1	0	0	1216	130	123	10	14	10
Guaviare	29	18	29	5357	640	542	252	37	29	38	8	6	2384	275	213	9	10	9
Huila	585	576	585	86994	10467	8059	4603	357	470	553	94	135	32085	4664	3301	84	133	84
La Guajira	976	852	976	170310	12978	20720	2140	558	280	186	53	32	30665	4374	3479	182	296	182
Magdalena	524	445	524	89200	8988	12226	2951	281	274	77	7	4	25907	3081	3154	91	139	91
Meta	392	232	392	70959	7368	10289	2809	208	313	208	104	73	35049	4190	3146	113	129	113
Nariño	1200	746	1200	110114	13320	10545	6362	384	554	150	58	39	35813	7238	3711	137	151	137
Norte de Santander	534	409	534	130028	12300	12190	7315	710	798	633	159	145	40967	6104	4405	106	176	106
Putumayo	301	220	301	26893	2636	3059	1075	112	114	28	5	5	8870	1130	960	27	45	27
Quindío	122	84	122	43786	6029	4565	2257	231	193	326	60	70	19769	2940	2394	33	48	33
Risaralda	390	406	390	89310	9569	8798	4652	269	454	431	57	149	24738	4041	2519	52	82	52
Archipélagos de San Andrés y Providencia	13	11	13	5874	689	508	754	85	109	1	0	0	2094	306	216	9	10	9
Santa Marta D.T.	356	339	356	55515	3138	6257	2571	216	325	652	145	129	14814	1416	1476	38	73	38
Santander	713	523	713	195206	17673	22888	13013	1231	1507	1700	415	380	65151	6670	6638	107	177	107
Sucre	380	381	380	69364	9329	8694	6543	719	1010	1189	263	304	16555	3032	1559	71	142	71
Tolima	585	575	585	116882	11570	10446	8173	409	650	341	70	79	45189	4651	4751	70	123	70
Valle del Cauca	679	578	679	120321	12705	11624	2932	268	265	627	95	131	48384	6310	5368	114	152	114
Vaupés	52	18	52	5564	435	684	63	15	8	11	2	3	1800	109	205	8	11	8
Vichada	48	40	48	2873	408	397	15	5	0	1	0	0	1279	143	129	24	28	24
Total nacional	24.265	20.908	24.265	5.137.076	536.743	549.125	242.785	19.266	25.010	28.447	5.670	6.404	1.817.780	94.307	188.773	3.800	5.695	3.800

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 36

Decreto
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19		
	Casos sospechosos; Casos descartados			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmado 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
Amazonas	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	0	0	38	12	1	19	1	4
Antioquia	8	9	0	497	61	35	22	5	1	1540	31	79	1815	212	194	604	71	106
Arauca	1	1	0	18	2	1	4	1	0	21	1	0	107	18	6	74	20	7
Atlántico	6	3	0	53	4	8	0	1	0	24	1	1	672	112	95	104	14	7
Barranquilla D.E.	2	2	0	137	9	17	0	1	0	31	3	4	675	73	112	199	33	19
Bogotá D.C.	12	10	1	1084	118	107	542	4	16	2155	53	163	3694	435	398	2191	224	294
Bolívar	3	2	0	34	4	0	1	1	0	22	4	2	437	42	29	42	4	2
Boyacá	2	2	0	140	17	10	18	1	1	45	4	2	648	64	60	286	27	19
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	24	2	1	7	2	0
Caldas	2	1	0	52	9	2	1	1	0	35	1	3	332	35	22	48	13	3
Santiago de Cali D.E.	1	3	0	109	23	8	0	1	0	31	2	4	801	86	64	392	14	36
Caquetá	0	1	0	25	3	0	0	0	0	4	2	0	190	17	10	16	2	1
Cartagena de Indias D.T.	3	2	0	46	5	1	2	1	0	38	2	2	386	79	56	15	1	0
Casanare	1	1	0	21	2	2	7	0	1	1	1	0	145	19	34	17	7	5
Cauca	3	3	0	55	8	3	1	1	0	21	2	0	394	30	8	225	12	12
Cesar	3	3	0	44	4	2	0	1	0	19	5	0	244	30	30	28	6	1
Chocó	0	1	0	9	0	0	3	1	0	117	3	6	44	8	5	16	0	1
Córdoba	4	3	0	121	15	10	2	2	0	37	1	5	784	150	79	109	12	9
Cundinamarca	6	5	0	302	34	21	179	2	8	454	14	24	1848	166	178	392	23	41
Guainía	0	0	0	4	0	0	1	1	0	1	0	0	71	1	1	0	0	0
Guaviare	0	0	0	11	1	2	2	1	0	4	0	1	66	5	4	4	0	0
Huila	3	2	0	118	16	15	3	1	0	67	5	0	466	41	48	75	2	3
La Guajira	1	2	0	23	2	2	0	2	0	17	1	2	330	28	27	35	3	2
Magdalena	0	2	0	31	2	2	0	1	0	22	1	1	274	28	30	17	3	1
Meta	5	2	0	61	6	4	11	1	0	124	4	33	490	63	66	82	10	11
Nariño	4	3	0	113	15	11	3	1	0	79	6	7	477	62	62	67	4	3
Norte de Santander	6	3	0	151	16	10	2	2	0	51	6	25	746	82	119	79	12	5
Putumayo	1	1	0	22	4	1	1	1	0	18	1	1	170	22	20	87	6	5
Quindío	2	1	0	25	5	1	2	1	0	18	1	2	222	34	17	72	7	7
Risaralda	7	1	0	42	6	7	0	1	0	56	1	10	515	46	49	32	3	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	14	0	0	0	1	0	1	0	0	24	5	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	1	0	9	1	0	0	1	0	5	1	1	158	10	20	35	6	4
Santander	2	3	1	81	8	10	0	2	0	66	10	8	547	69	70	240	45	25
Sucre	4	2	0	57	6	2	2	1	0	53	14	13	463	55	118	130	9	4
Tolima	6	2	1	52	9	5	7	1	0	29	2	0	711	74	72	71	5	4
Valle del Cauca	2	3	0	107	15	4	2	1	0	20	6	0	890	94	79	189	7	6
Vaupés	0	0	0	1	0	0	3	1	0	11	1	5	9	1	2	9	0	0
Vichada	1	0	0	2	0	0	1	1	0	12	1	1	15	1	8	8	1	1
Total nacional	103	79	3	3673	419	303	823	45	27	5.253	191	405	19.922	2.074	2.195	6.016	609	650



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 36

Decreto
Incremento

	Cáncer en menores de 18 años		Chagas agudo		Chagas crónico		Chikungunya		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria		Enfermedad por virus Zika	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado 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	
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	2	3	0	0	0	0	0	0	37	53	0	0	0	0
Antioquia	139	114	0	0	1	3	0	0	1276	2029	1	0	0	0
Arauca	9	8	2	0	46	25	0	0	208	132	0	0	0	0
Atlántico	19	20	0	0	0	0	0	0	278	242	0	0	0	0
Barranquilla D.E.	21	19	0	0	0	0	0	0	149	225	0	0	0	0
Bogotá D.C.	224	188	0	0	0	5	0	0	2155	1925	2	1	0	0
Bolívar	24	18	0	0	2	4	0	0	297	445	0	0	0	0
Boyacá	28	32	1	0	65	97	0	0	328	372	0	0	0	0
Buenaventura D.E.	5	3	0	0	0	0	0	0	91	132	0	0	0	0
Caldas	17	14	0	0	1	0	0	0	120	137	0	0	0	2
Santiago de Cali D.E.	63	48	0	0	0	0	0	0	322	438	1	0	1	1
Caquetá	11	17	0	0	1	1	0	0	136	101	0	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	31	30	0	0	0	2	0	0	189	378	0	0	0	0
Casanare	13	17	4	2	58	119	0	0	226	188	0	0	0	0
Cauca	35	38	0	0	0	0	0	0	217	209	0	0	0	1
Cesar	23	26	4	0	55	29	0	0	501	673	1	0	0	0
Chocó	11	7	0	0	2	0	0	0	541	606	0	0	0	0
Córdoba	41	36	1	0	1	0	0	0	393	361	0	0	0	0
Cundinamarca	76	81	0	0	57	4	0	0	845	825	0	0	0	0
Guainía	0	4	0	0	0	0	0	0	41	33	0	0	0	0
Guaviare	3	0	0	0	1	1	0	0	77	51	0	0	0	0
Huila	32	28	0	0	1	0	0	0	302	332	0	1	0	1
La Guajira	14	15	0	0	23	2	0	0	1328	1199	1	0	0	0
Magdalena	13	16	0	0	0	3	0	0	395	597	0	0	0	1
Meta	35	27	0	0	5	8	0	0	291	286	0	0	0	1
Nariño	36	28	0	1	0	0	0	0	462	484	0	0	0	0
Norte de Santander	37	55	2	0	32	40	0	0	468	508	3	0	0	0
Putumayo	10	6	0	0	2	1	0	0	132	139	0	0	0	0
Quindío	10	13	0	0	0	0	0	0	69	58	0	0	0	0
Risaralda	21	20	0	0	0	0	0	0	259	337	0	0	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	0	0	0	0	0	0	7	3	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	11	18	0	0	0	1	0	0	70	131	0	0	0	0
Santander	70	50	2	1	49	77	0	0	313	354	1	0	0	0
Sucre	16	22	0	0	0	1	0	0	161	290	0	2	0	0
Tolima	38	39	0	0	3	7	0	0	248	241	0	0	0	0
Valle del Cauca	39	27	0	0	0	1	0	0	293	451	1	0	0	1
Vaupés	1	2	0	0	0	1	0	0	53	21	0	0	0	0
Vichada	4	3	0	0	0	0	0	0	208	160	0	0	0	0
Total nacional	1.184	1.092	16	4	406	432	1	0	13.487	15.146	8	4	3	8

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 36

Decremento
Incremento

	Hepatitis B, C y B-D		Enfermedades huérfanas		Fiebre amarilla		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Lepra	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica y por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica; Casos confirmados por laboratorio	
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	15	13	3	6	1	0	50	58	9	10	0	0	0	0
Antioquia	308	458	2471	2378	0	0	3681	3732	766	817	10	7	6	6
Arauca	15	46	16	26	0	0	121	138	12	12	0	1	6	5
Atlántico	51	70	85	95	0	0	615	694	1	3	2	0	4	4
Barranquilla D.E.	77	75	178	149	0	0	613	669	0	0	1	2	7	5
Bogotá D.C.	420	738	1924	2034	0	0	3422	3764	0	0	1	2	13	7
Bolívar	23	22	68	61	0	0	380	403	269	328	2	1	7	13
Boyacá	19	34	212	272	0	0	704	748	84	188	0	2	3	1
Buenaventura D.E.	8	9	31	17	0	0	63	60	11	9	2	0	0	1
Caldas	42	51	258	245	0	1	835	714	181	147	1	1	2	2
Santiago de Cali D.E.	141	168	800	630	0	0	1107	1374	1	1	3	1	16	6
Caquetá	20	19	29	24	0	0	173	149	151	168	1	2	2	0
Cartagena de Indias D.T.	33	45	219	173	0	0	376	416	1	1	3	4	6	3
Casanare	20	55	25	43	0	0	202	230	5	4	0	1	1	4
Cauca	48	61	181	228	0	1	588	588	35	42	0	0	7	4
Cesar	39	58	78	91	0	0	406	436	54	319	2	0	11	10
Chocó	27	37	42	50	0	0	74	117	160	153	1	1	2	1
Córdoba	56	91	178	115	0	0	695	750	142	131	2	2	4	1
Cundinamarca	100	134	398	512	0	0	1505	1825	145	123	2	1	7	9
Guainía	2	2	2	6	0	0	20	22	12	18	0	0	0	0
Guaviare	30	38	6	5	0	1	41	40	319	105	0	0	1	0
Huila	35	53	124	189	0	0	592	495	6	6	0	1	17	8
La Guajira	22	47	33	41	0	0	195	275	17	20	0	0	0	5
Magdalena	24	14	19	28	0	0	246	278	6	8	1	0	5	3
Meta	25	47	83	91	0	3	504	455	151	86	0	0	7	12
Nariño	57	71	171	150	0	0	955	1115	164	141	1	2	3	2
Norte de Santander	122	193	237	190	0	0	734	831	145	145	1	1	17	14
Putumayo	39	41	24	30	1	4	219	208	161	168	0	0	1	0
Quindío	62	38	127	102	0	0	369	335	0	0	2	1	1	1
Risaralda	53	102	235	224	0	0	812	932	72	76	3	4	1	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	6	7	0	0	17	24	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	22	23	36	23	0	0	191	242	7	13	2	0	2	4
Santander	69	135	275	377	0	0	1059	1234	384	599	3	1	14	21
Sucre	21	19	54	63	0	0	334	334	73	52	1	0	4	6
Tolima	42	82	160	173	0	99	845	798	209	164	4	5	9	10
Valle del Cauca	49	92	337	541	0	0	903	993	12	10	2	5	19	23
Vaupés	7	20	4	10	0	0	44	70	29	19	0	0	0	0
Vichada	7	9	2	1	0	0	17	17	32	16	0	0	1	0
Total nacional	2.152	3.210	9.129	9.400	2	109	23.711	25.563	3.908	4.102	295	361	216	193

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)



Salud

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 36

Decremento
Incremento

	Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional	
Tipo de casos incluidos para el análisis	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		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	
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	1	0	2	0	3	2	1	0	1	0	3	3	11	16
Antioquia	19	12	6	3	21	35	9	7	96	198	115	81	726	813
Arauca	2	0	2	0	3	2	1	1	4	5	29	12	107	102
Atlántico	7	4	1	0	8	3	6	3	21	26	37	19	214	231
Barranquilla D.E.	4	4	1	1	5	3	2	0	19	31	56	11	261	222
Bogotá D.C.	20	12	1	0	37	16	0	0	110	481	118	44	572	581
Bolívar	8	5	2	0	9	5	7	2	17	2	34	19	185	210
Boyacá	4	2	1	2	4	6	0	1	18	29	17	18	64	53
Buenaventura D.E.	3	1	0	2	3	3	2	1	4	2	17	12	89	66
Caldas	2	0	0	1	3	2	0	0	15	2	14	18	80	114
Santiago de Cali D.E.	5	4	0	1	7	8	2	0	32	43	25	15	272	328
Caquetá	2	1	0	0	6	4	2	1	6	1	6	10	52	62
Cartagena de Indias D.T.	6	1	0	1	7	4	2	1	15	14	51	30	196	252
Casanare	2	3	1	0	2	0	1	1	7	8	30	28	80	102
Cauca	6	1	4	5	8	8	1	3	22	9	16	14	122	111
Cesar	10	10	5	3	7	5	16	10	20	19	30	18	212	170
Chocó	10	5	23	7	25	30	31	27	9	7	37	23	140	147
Córdoba	11	4	1	4	12	5	4	9	27	24	23	8	201	157
Cundinamarca	11	5	0	2	8	15	3	0	51	52	50	47	233	304
Guainía	0	2	1	1	2	1	1	2	1	0	5	7	10	11
Guaviare	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	4	2	16	12
Huila	5	2	0	0	5	2	3	1	17	12	12	8	99	96
La Guajira	16	11	20	11	31	12	39	27	15	0	51	31	230	246
Magdalena	8	4	2	1	9	7	12	8	13	3	24	19	139	160
Meta	6	1	1	1	8	5	5	2	16	9	37	30	156	200
Nariño	9	6	1	1	7	9	4	2	24	10	10	12	149	143
Norte de Santander	6	7	1	2	4	3	4	0	24	17	66	30	305	343
Putumayo	2	0	1	1	3	1	1	0	5	5	4	4	60	70
Quindío	2	1	0	1	2	0	0	0	8	5	9	7	61	71
Risaralda	3	2	7	8	7	6	5	6	13	2	21	21	109	127
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	4	8
Santa Marta D.T.	6	2	1	0	3	0	0	0	8	11	13	15	71	110
Santander	8	4	1	0	6	2	1	0	33	23	48	48	258	321
Sucre	4	1	0	1	5	7	2	0	14	34	17	16	131	124
Tolima	5	2	2	0	1	9	8	5	1	19	8	23	22	111
Valle del Cauca	4	2	2	1	9	8	5	1	28	41	25	29	192	221
Vaupés	0	0	2	3	3	0	1	2	1	0	1	0	2	2
Vichada	3	1	2	0	2	4	8	8	2	0	5	10	23	27
Total nacional	215	122	95	65	283	227	161	127	737	1.133	1.137	744	6.223	6.418

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 36

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Tétanos accidental		Tetano neonatal		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025	Acumulado esperado	Acumulado 2025			
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	0	0	43	48	1	0	10	22	399	478
Antioquia	0	0	0	0	2391	3343	69	107	1804	2063	15697	15089
Arauca	0	0	0	0	95	96	1	0	56	65	786	905
Atlántico	0	0	0	0	293	398	12	22	280	334	1682	1890
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	530	676	12	26	506	527	1720	1977
Bogotá D.C.	0	0	0	0	982	1051	24	18	2558	2469	20596	23677
Bolívar	1	0	0	0	115	156	3	1	135	152	1626	1804
Boyacá	0	0	0	0	102	156	2	3	111	158	2779	3217
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	114	161	5	3	66	84	264	216
Caldas	0	0	0	0	216	216	3	0	204	212	2110	2276
Santiago de Cali D.E.	0	1	0	0	993	1073	30	39	835	930	5484	5148
Caquetá	0	0	0	0	163	222	4	5	62	65	753	795
Cartagena de Indias D.T.	0	2	0	0	269	357	2	5	362	365	997	1104
Casanare	0	1	0	0	103	146	2	8	88	108	596	644
Cauca	0	2	0	0	188	212	2	1	179	225	2340	2314
Cesar	0	0	0	0	263	344	2	7	233	283	1435	1517
Chocó	0	0	1	1	134	196	1	1	51	67	293	347
Córdoba	1	0	0	0	178	214	3	7	396	435	2535	2349
Cundinamarca	0	0	0	0	367	448	9	9	516	610	9090	11099
Guainía	0	0	0	0	13	16	0	0	3	6	139	155
Guaviare	0	0	0	0	33	32	1	2	22	22	200	250
Huila	0	0	0	0	260	324	5	9	277	261	4348	4418
La Guajira	0	0	1	0	339	453	4	4	172	229	941	1067
Magdalena	0	2	0	0	105	132	2	3	105	143	1000	1080
Meta	0	0	0	0	419	629	13	21	202	226	1699	1772
Nariño	0	1	0	0	124	162	3	4	214	277	2878	3757
Norte de Santander	0	1	0	0	448	599	10	8	385	406	2734	3006
Putumayo	0	1	0	0	71	97	2	3	62	69	915	1116
Quindío	0	0	0	0	183	237	2	5	200	179	1821	1883
Risaralda	0	1	0	0	395	522	16	10	366	373	2593	2691
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	4	15	0	0	9	3	138	193
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	155	235	2	3	164	183	452	583
Santander	0	0	0	0	596	1070	18	14	439	531	4380	4771
Sucre	1	1	0	0	68	70	0	0	146	187	1288	1377
Tolima	0	1	0	0	366	547	9	9	233	355	2144	2454
Valle del Cauca	0	0	0	0	478	613	12	22	425	533	4909	5373
Vaupés	0	0	0	0	10	17	0	0	3	5	140	324
Vichada	0	0	0	0	24	20	0	1	10	8	172	171
Total nacional	3	14	1	1	11.630	15.303	289	380	11.891	13.170	104.071	113.287



Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD

Semana epidemiológica 37 7 al 13 de septiembre del 2025

TEMA CENTRAL

Intento de suicidio.

Intoxicaciones agudas por sustancias químicas.

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: Yalena Mosquera Bahamón, Alejandra del Pilar Díaz Gómez. Situación nacional: Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. Mortalidad: Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Natalí Paola Cortés Molano, Ana María García Bedoya. Eventos trazadores: Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. 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: Mónica Lucía Suárez, Jaime Alberto Guerrero Montilla. Diseño y diagramación: Wilbert Saul Daza.

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

52# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.37>