

## Fiebre amarilla

La inmunización oportuna reduce de manera significativa el riesgo de transmisión y mortalidad asociada a la enfermedad.

Semana  
epidemiológica


11 al 17 de enero del 2026

02



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

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

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

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



## TEMA CENTRAL

### Comportamiento de la fiebre amarilla, Colombia, semana epidemiológica 1 a 53 del 2025p

---

Nieves Johana Agudelo Chivatá, [nagudelo@ins.gov.co](mailto:nagudelo@ins.gov.co)

---

La fiebre amarilla (FA) es una arbovirosis endémica en las zonas tropicales de África y América del Sur, causada por virus del género *Flavivirus*, que es transmitida por la picadura de mosquitos infectados de los géneros *Haemagogus spp* y *Sabethes*, en el ciclo de transmisión selvática y por *Aedes aegypti* en el ciclo urbano, en áreas endémicas en África, América Central y del Sur, y actualmente es endémica en más de 43 países (1). Afecta a los humanos y a primates no humanos PNH (2).

Tras la picadura de un mosquito infectado, los síntomas aparecen en 3 a 6 días, con fiebre, dolor muscular, náuseas y vómitos que remiten en 3 a 4 días. El 15 % de los casos desarrolla signos y síntomas de gravedad como: ictericia, hemorragias y daño renal. La mortalidad puede llegar del 50 al 60 % (3).

En África, la transmisión de la fiebre amarilla es estacional, con mayor riesgo al final de la estación lluviosa y al principio de la estación seca es el periodo de mayor riesgo, mientras que, en América del Sur, el riesgo en áreas selváticas aumenta durante la temporada lluviosa (enero a mayo) (4).

Es crucial fortalecer la vigilancia en zonas endémicas para monitorear la fiebre amarilla. Los principales factores de riesgo incluyen el ingreso de personas no vacunadas a áreas con vectores, motivado por migración, turismo o trabajo, tanto formal como informal. Las actividades laborales en zonas selváticas y desplazamientos por conflictos armados también aumentan la exposición. Además, las barreras de acceso a la vacunación en áreas rurales y selváticas, el incremento de casos en temporadas lluviosas y los cambios climáticos que alteran los ecosistemas contribuyen a la prevalencia de la enfermedad. La principal medida de prevención para la fiebre amarilla es la vacunación, considerada segura y eficaz (5).

Entre el 2024 y el 2025p, se ha presentado un aumento de los casos de fiebre amarilla en varios países de la región de Las Américas con identificación de casos sin antecedente vacunal. Los casos se han presentado en: Colombia, Perú, Brasil, entre otros. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) insta y recomienda: búsqueda activa de síndromes febriles ictericos hemorrágicos agudos, información a viajeros, búsqueda retrospectiva de mortalidades, y vigilancia epizootias (7).

Importante el fortalecimiento de las estrategias para mantener la vacunación del 95 %, la generación de alertas epidemiológicas a los municipios y servicios de salud, y a mantener inventario de vacunas para dar respuesta a los brotes y



en el marco de la estrategia de eliminación de la fiebre amarilla (EYE) con metas de eliminación para prevenir la transmisión de la fiebre amarilla urbana, alcanzar el 95 % de cobertura de vacunación y realizar el estudio de casos probables, garantizar el diagnóstico, respuesta a brotes y el monitoreo de epizootias en primates no humanos (PNH) y su articulación con la comunidad, las autoridades de salud y ambiente.(8) .

En el 2025 los casos de fiebre amarilla se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú (6).

En Colombia, durante el 2025p, se han identificado 125 casos de fiebre amarilla, de los cuales 51 han fallecidos con una letalidad del 36,8 % (46/125) y cinco casos fueron excluidos de la letalidad. El 80 % (100/125) de los casos corresponden a población masculina, con edad entre 2 y 92 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 de enero del 2025 y el 02 de enero del 2026p. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de circulación activa del virus de fiebre amarilla, como áreas rurales, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura en el 54,2 % de los casos. Del total de casos, el 92,8 % (116/125) no presentaba antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla y uno de los factores de riesgo en las personas susceptibles de vacunación, fue que rechazaron la vacunación.

Los casos se registraron en seis departamentos en: Tolima (n=115 casos), Putumayo (n= 4 casos), Meta= 3 casos), Cauca (n= 1 caso), Guaviare (n= 1 caso) y Caldas (n= 1 caso) (figura 1).

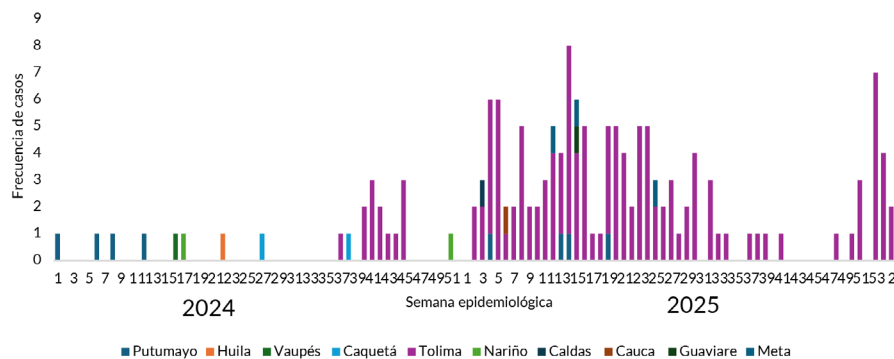
Figura 1. Distribución acumulada de casos de fiebre amarilla en Colombia, 2024-2025p



Fuente: Sivigila INS 2024-2025p

El comportamiento de los casos de fiebre amarilla tuvo un aumento durante el 2025, identificado una mayor notificación en las semanas 14 y 53, especialmente en las últimas semanas del año asociado a las festividades de fin de año. (figura 2).

Figura 2. Distribución de casos confirmados de fiebre amarilla según semana epidemiológica, Colombia, 2024-2025p.

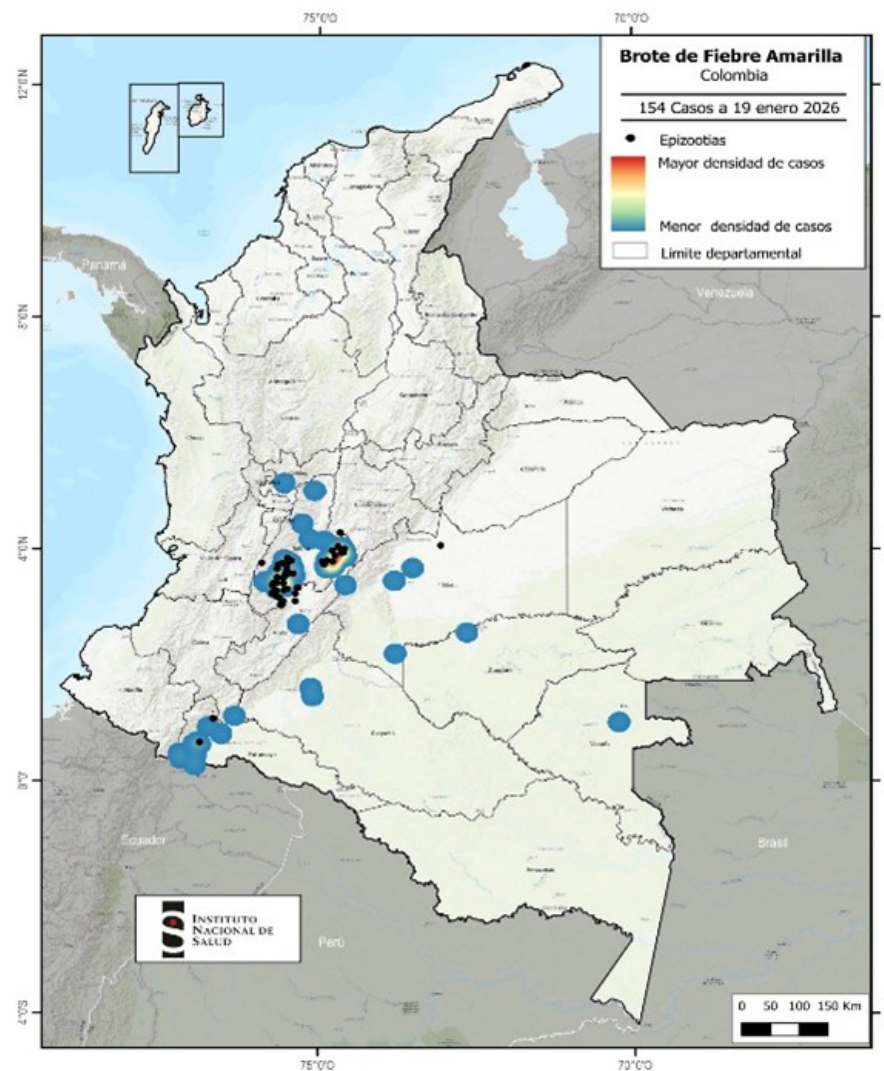


Fuente: Sivigila INS 2025p

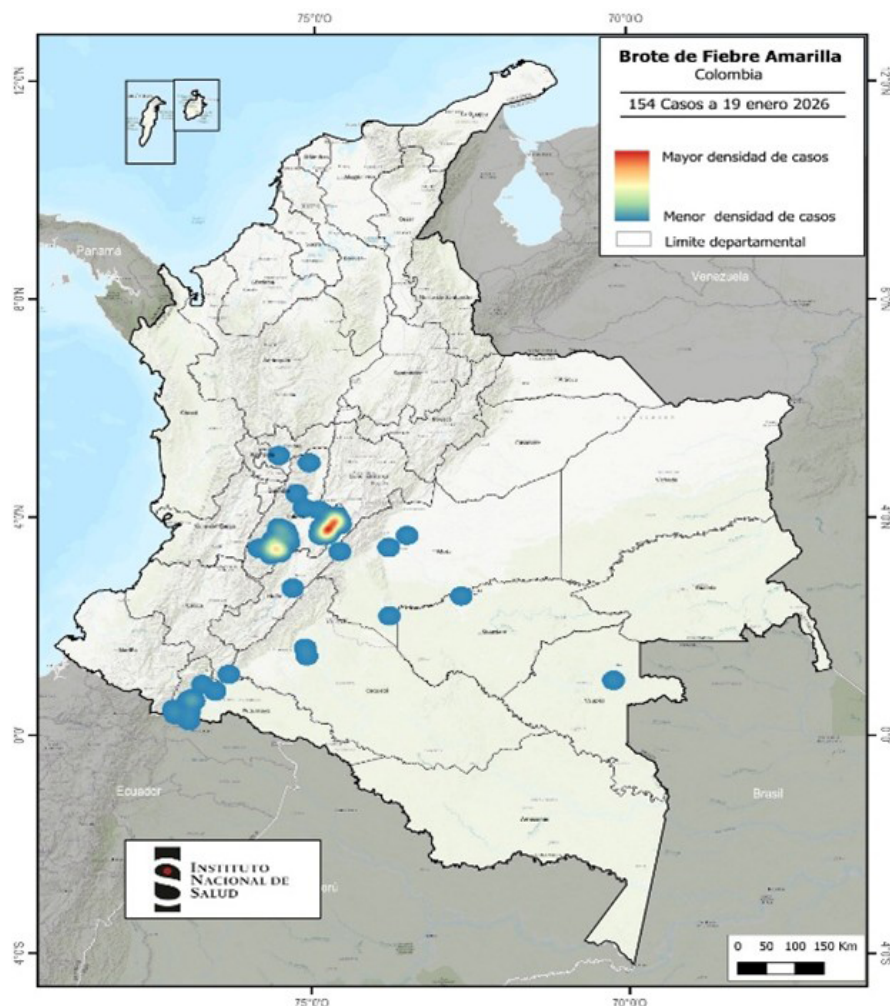
El departamento de Tolima aporta el 92 % (115/125) de los casos distribuidos en dos focos: uno el oriente con los municipios de Cunday (n=20), Villarrica (n=17), Prado (n= 18 casos) Purificación (n=6) y Dolores (n=4) y el otro en el sur en los municipios de Ataco (n=27), Chaparral (n=11) y Rioblanco (n=8), También se han presentado casos esporádicos en Ibagué (n=1), Palocabildo (n=1), Valle de San Juan (n=1) y Espinal (n=1).

Como parte de la respuesta, se ha implementado la vigilancia de epizootias en primates no humanos (PNH), la cual incluye la notificación por parte de la comunidad de hallazgos de PNH enfermos, muertos o de osamentas, así como la articulación con la Corporación Autónoma Regional para la toma y el envío de muestras, y su respectivo análisis. En ese orden se ha confirmado 75 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 58 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (18), Ataco (10), Cunday (8), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (3) y Purificación (1); ocho casos procedentes de Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio (figura 3).

Figura 3. Distribución de casos confirmados de fiebre amarilla en humanos y en primates no humanos (PNH), Colombia, 2025p.



Fuente: Planificación COE fiebre amarilla-2025



Fuente: Planificación COE fiebre amarilla-2025

## Conclusiones

- En 2025 se confirmaron 125 casos de fiebre amarilla, lo que evidencia una intensificación reciente de la transmisión en comparación con los años previos.
- El comportamiento epidemiológico de la fiebre amarilla durante 2025 semanas caracterizó por un predominio de casos en el sexo masculino, consistente con escenarios de exposición asociada a actividades de riesgo. Los casos se presentaron en un amplio rango de edad y afectaron de manera relevante a la población adulta y adulta mayor.
- El departamento de Tolima aporta el 92 % (115/125) de los casos distribuidos en dos focos oriente y sur. El municipio más afectado corresponde al municipio de Ataco.
- El análisis de los casos de mortalidad de fiebre amarilla sugiere oportunidades de mejora en la atención y la gestión del riesgo, relacionadas con el fortalecimiento de acciones de demanda inducida, la adherencia a guías y protocolos, y la oportunidad diagnóstica. En el criterio de características individuales, se identificó una baja percepción del riesgo como un factor relevante.
- Frente a la ocurrencia del brote, el país ha brindado una respuesta oportuna mediante la articulación interinstitucional entre los niveles nacional, departamental y municipal. Esta coordinación ha permitido la emisión de lineamientos técnicos para orientar y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control.

## Recomendaciones

Entidades territoriales Departamentales, Distritales y municipales

- Fortalecer e intensificar las acciones de vacunación para fiebre amarilla en las zonas de riesgo para población susceptible, según lineamientos nacionales del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Fortalecer la articulación con la autoridad ambiental para el monitoreo y vigilancia de las epizootias.
- Reforzar la vigilancia comunitaria para la fiebre amarilla para el monitoreo de rumores de epizootias en zonas de riesgo.



- Activar de acciones ante casos probables de fiebre amarilla, en el marco la eliminación para la fiebre amarilla y contención de brotes.

### Unidades Primarias Generadoras de Datos

- Reforzar la supervisión de casos febriles en áreas de riesgo y aplicar medidas diferenciadas en la atención.
- Fortalecer las capacidades del personal de salud en la vigilancia de los síndromes febriles ictericos, adherencia al lineamiento de manejo clínico de los casos y protocolos de vigilancia de la fiebre amarilla (diagnósticos diferenciales).
- Fortalecer la notificación oportuna, toma, envío de muestras e investigación epidemiológica de campo de los casos probables de fiebre amarilla, con énfasis en: antecedentes vacunales, desplazamiento a zonas de riesgo con actividades que hayan estimulado la exposición al vector y migración con tránsito irregular en zonas de fronteras.

### Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Manejo clínico de la fiebre amarilla en la Región de las Américas. Experiencias y recomendaciones para los servicios de salud. Washington, DC: OPS; 2023.
2. Organización Mundial de la Salud, ONU y UNICEF. Perspectivas de población mundial. [Internet]. 2024 disponible en: <https://ourworldindata.org/vaccination>.
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Fiebre amarilla [Internet]. 2023 disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/fiebre-amarilla>
4. Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Zoonóticas (NCEZID). [Internet]. 2023 Disponible en: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/yellow-fever>

5. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para la atención clínica integral de la fiebre amarilla en Colombia, [Internet]. 2024 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-atencion-clinica-integral-fiebre-amarilla-2024.pdf>
6. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica. Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 6 de noviembre del 2024, Washington, D.C.
7. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica. Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 24 de abril del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.
8. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Evaluación de Riesgo para la Salud Pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas, 23 de mayo del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.



## SITUACIÓN NACIONAL

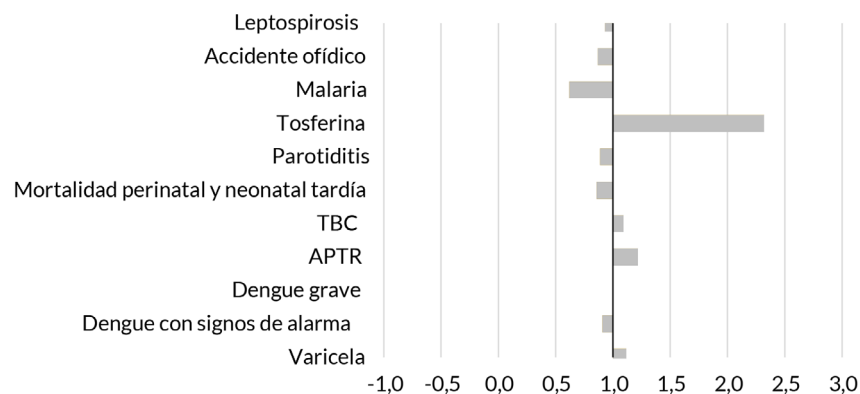
### Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 de los eventos de dengue grave y dengue con signos de alarma, se excluye el año 2024, dado que corresponde a un período epidémico que podría sesgar los resultados.

Para la semana epidemiológica 02 del 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

**Figura 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 02 del 2026**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

\*TBC: Tuberculosis

\*\*APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

Para el evento de violencia de género e intrafamiliar de mayor notificación, se realiza el análisis utilizando la metodología de la prueba Z, en la que se comparó el valor observado en la semana epidemiológica evaluada con una línea de base conformada por los datos de los tres años anteriores (2023 a 2025), lo cual permite identificar variaciones significativas en la notificación de eventos de interés en salud pública.

Para la semana epidemiológica 02, se encontró el evento violencia de género por debajo de lo esperado.

**Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, a Semana Epidemiológica 02 del 2026**

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	4 708	5 876	-12.9	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026



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 2021 a 2025. 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 02 del 2026, los eventos zika y Chikunguña se encuentran por encima de lo esperado, mientras que los eventos leishmaniasis cutánea y mucosa se encuentran por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

**Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 02 del 2026**

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	12	1	0.00
Chikunguña	3	1	0.05
Leishmaniasis cutánea	9	160	0.00
Leishmaniasis mucosa	0	3	0.00
Mortalidad por dengue	3	2	0.15
Lepra	2	3	0.18
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	4	0.18

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

## Cumplimiento en la notificación

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

- Identificar departamentos, municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.

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

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

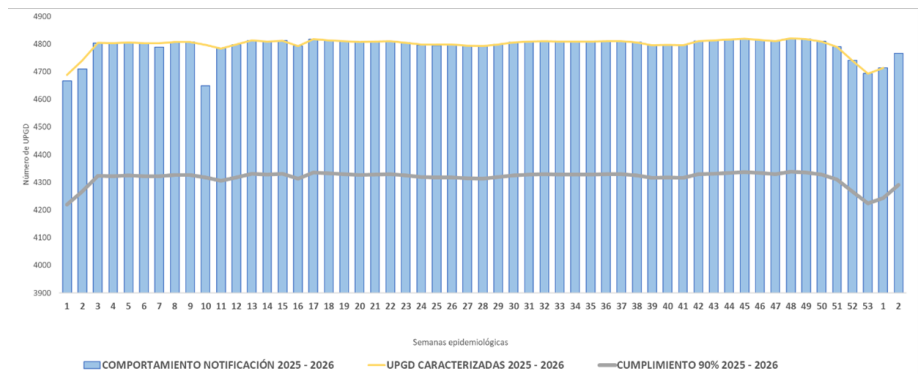
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 02 del año 2025. Para esta semana 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 epidemiológica 02 del año 2025. 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 % (4 767 / 4 767); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y un incremento 0,65 % con respecto a la semana epidemiológica 02 del año 2025. 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 periodo 2025-2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %) establecido en 4 290 UPGD para la semana analizada (figura 5).

Figura 5. Cumplimiento de la notificación por Unidades Primarias Generadoras de Datos, Colombia, semana epidemiológica 02 del 2026



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



## 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 análisis<sup>1</sup>.

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 2019 y 2025; se excluyeron los años 2020 y 2021 por pandemia COVID-19. Con la prueba de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y lo esperado con un valor de  $p < 0,05$ , que identifica las entidades territoriales que presentaron aumentos o disminuciones estadísticamente significativas.

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE. Para el 2026 y 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.

<sup>1</sup> 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 02 del 2026, se han notificado 14 muertes probables en menores de cinco años: seis por infección respiratoria aguda (IRA), cinco por desnutrición (DNT) aguda y tres por enfermedad diarreica aguda (EDA). Todos los casos corresponden a población residente en Colombia y se encuentran en estudio.

## Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 02 del 2026 se han notificado seis muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, las cuales se encuentran en estudio. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 02 fueron 11, para una tasa de mortalidad de 0,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 02 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales ni a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 02 del 2026 se ha notificado cinco muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda las cuales se encuentran en estudio. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 02 fue de tres, para una tasa de mortalidad de 0,1 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 02 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales ni a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 02 del 2026 se han notificado tres muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, las cuales se encuentran en estudio. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 02 fue de nueve para una tasa de mortalidad de 0,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 02 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales ni a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad materna

### Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones<sup>1</sup>:

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

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

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.

<sup>1</sup> 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>

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

**Tabla 3. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 02, 2023 a 2026**

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	13	9	2	24
2024	12	8	3	23
2025p	5	2	3	10
2026p	8	0	1	9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2024, datos preliminares 2025-2026.

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en ocho entidades territoriales: Antioquia, Caquetá, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Santa Marta D. T., Sucre y Valle del Cauca. En comparación con el promedio histórico 2022-2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (tabla 4).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, se presentó un caso de muerte materna temprana en Nechí (Antioquia), Florencia (Caquetá), Valledupar (Cesar), Subachoque (Cundinamarca), Caimito (Sucre) y Candelaria (Valle del Cauca); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 5).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 02 del 2026, el 87,5 % corresponde a causas directas y el 12,5 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 62,5 % (tabla 6).

En la semana epidemiológica 02 del 2026 se notificaron al Sivigila cinco muertes maternas tempranas, para un total acumulado de 8 muertes maternas tempranas residentes en territorio colombiano (tabla 3).



**Tabla 4. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 02, 2026**

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 02	Acumulado de casos a SE 02	
		2025	2026
<b>Colombia</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>8</b>
Antioquia	1	1	1
Caquetá	0	0	1
Cesar	1	1	1
Cundinamarca	1	1	1
La Guajira	1	1	1
Santa Marta D. T.	0	0	1
Sucre	0	0	1
Valle del Cauca	0	0	1
Bogotá D. C.	2	1	0
Bolívar	1	0	0
Córdoba	1	0	0
Tolima	1	0	0
Meta	0	0	0
Quindío	0	0	0
Sucre	0	0	0
Tolima	1	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2024, datos preliminares 2025-2026.  
SE: semana epidemiológica

**Tabla 5. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 02 del 2026**

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 02	Valor observado SE 02
<b>Colombia</b>	<b>11</b>	<b>8</b>
Nechí (Antioquia)	0	1*
Florencia (Caquetá)	0	1*
Valledupar (Cesar)	0	1*
Subachoque (Cundinamarca)	0	1*
Caimito (Sucre)	0	1*
Candelaria (Valle del Cauca)	0	1*

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

\*Municipios que en el promedio histórico 2022 - 2025 no presentaron muertes maternas tempranas

**Tabla 6. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 02 del 2026**

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 02	Número de casos y proporción a SE 02 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
<b>Colombia</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>
<b>DIRECTA</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>58,3</b>	<b>3</b>	<b>60,0</b>	<b>7</b>	<b>87,5</b>
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	3	4	33,3	2	40,0	5	62,5
Hemorragia obstétrica	1	1	8,3	0	0,0	1	12,5
Sepsis obstétrica	1	1	8,3	0	0,0	1	12,5
<b>Evento tromboembólico como causa básica</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8,3</b>	<b>1</b>	<b>20,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>INDIRECTA</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>41,7</b>	<b>2</b>	<b>40,0</b>	<b>1</b>	<b>12,5</b>
Otras causas indirectas: neumonía	1	0	0,0	1	20,0	1	12,5
Otras causas indirectas	1	1	8,3	1	20,0	0	0,0
Sepsis no obstétrica	2	3	25,0	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	8,3	0	0,0	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024, datos preliminares 2025-2026. SE: semana epidemiológica.

## Mortalidad perinatal y neonatal tardía

### Metodología

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

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia ( $n \leq 30$  acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson, y para los departamentos y distritos con alta frecuencia ( $n > 30$  acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2021 y 2025 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal<sup>2</sup>.

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

<sup>1</sup> 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](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf)

<sup>2</sup> 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%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.](https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.)

A semana epidemiológica 02 del 2026 se han notificado 223 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 222 corresponden a residentes en Colombia y 1 residente en el exterior. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C., Antioquia, Barranquilla D. E., Córdoba, Cundinamarca y Santander. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 02 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Antioquia, La Guajira, Atlántico, Bolívar y Sucre (tabla 7).

En el análisis desagregado por municipios se evidenciaron variaciones significativas con relación al comportamiento histórico del evento en: Girardot (Cundinamarca), Granada (Meta) y Pereira (Risaralda) (tabla 8).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 50,0 %, seguido de neonatales tardías con 21,2 %, las neonatales tempranas con 21,2 % y fetales intraparto con 7,7 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 18,1 %, seguido de complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,8 % y prematuridad e inmadurez con el 12,8 % y (tabla 9). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 02 del 2026 (datos preliminares) frente al 2025 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 7. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 02, 2025-2026**

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 02	Acumulado de casos a SE 02	
		2025	2026
<b>Colombia</b>	<b>285</b>	<b>198</b>	<b>222</b>
Bogotá D. C.	29	27	36
Antioquia	31	25	23
Barranquilla D. E.	10	6	12
Córdoba	12	9	11
Cundinamarca	13	7	10
Santander	8	8	10
Cauca	9	6	9
Santiago de Cali D. E.	11	10	8
Chocó	8	5	8
Meta	6	6	8
Nariño	9	7	7
Norte de Santander	8	3	7
Valle del Cauca	11	6	7
Boyacá	4	3	6
Cartagena de Indias D. T.	10	8	6
La Guajira	18	9	6
Cesar	9	5	5
Huila	9	4	5
Caldas	5	6	4
Risaralda	4	2	4
Tolima	7	6	4
Atlántico	11	7	3
Buenaventura D. E.	3	3	3
Santa Marta D. T.	4	0	3
Arauca	3	1	2
Bolívar	8	3	2
Caquetá	2	1	2
Guainía	1	0	2
Magdalena	5	6	2
Quindío	1	1	2
Sucre	6	4	2
Vichada	2	1	2
Putumayo	2	1	1
Amazonas	1	0	0
Casanare	3	0	0
Guaviare	0	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	0
Vaupés	0	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 - 2024, datos preliminares 2025 y 2026.  
SE: semana epidemiológica.

**Tabla 8. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 02 del 2026**

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 02 2021 - 2025	Valor observado a SE 02 de 2026	Semanas continuas en incremento
<b>Colombia</b>	<b>285</b>	<b>222</b>	-
Pereira (Risaralda)	1	3	1
Girardot (Cundinamarca)	0	2	1
Granada (Meta)	0	2	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2026, datos preliminares 2025-2026.

**Tabla 9. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 02, 2024-2026.**

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 02, 2024 -2026					
	2024 a SE 02	(%)	2025 a SE 02	(%)	2026 a SE 02	(%)
<b>Colombia</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>	<b>198</b>	<b>100,0</b>	<b>222</b>	<b>100,0</b>
Asfíxia y causas relacionadas	56	23,1	55	27,8	53	23,9
Prematuridad-inmadurez	35	14,5	36	18,2	29	13,1
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	32	13,2	24	12,1	28	12,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	43	17,8	19	9,6	25	11,3
Malformación congénita	19	7,9	16	8,1	21	9,5
Causas no específicas	8	3,3	10	5,1	19	8,6
Otras causas de muerte	14	5,8	11	5,6	16	7,2
Sin información	0	0,0	7	3,5	13	5,9
Infecciones	24	9,9	13	6,6	10	4,5
Trastornos cardiovasculares	9	3,7	4	2,0	6	2,7
Lesión de causa externa	2	0,8	1	0,5	2	0,9
Convulsiones y trastornos neurológicos	0	0,0	2	1,0	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2026, datos preliminares 2025 y 2026.  
SE: semana epidemiológica.



## EVENTOS TRAZADORES

### Infeción Respiratoria Aguda

#### Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 02 de 2026, 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 2019 a 2025 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.

<sup>1</sup> 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](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_IRA.pdf)

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una variación porcentual negativa en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa, urgencias y una variación positiva en las hospitalizaciones en sala general y en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior; la cual no es estadísticamente significativa (-30 %) (tabla 10).



**Tabla 10. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 48 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 02 del 2026**

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 48 a SE 51 2025	SE 52 2025 a SE 02 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	517 166	437 322	-15,44%	
Hospitalización en sala general	22 025	22 579	2,52%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 583	2 796	8,24%	

\*SE: Semana Epidemiológica

## Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 02 del 2026 se notificaron 112 176 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2021), se observó incremento en Chocó. Se presentó disminución en Amazonas, Arauca, Buenaventura D. E., Caquetá, Casanare, Huila, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Vichada. Las 29 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 (52 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026) en 8 municipios (tabla 11).

**Tabla 11. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 52 a 53 del 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 02 del 2026**

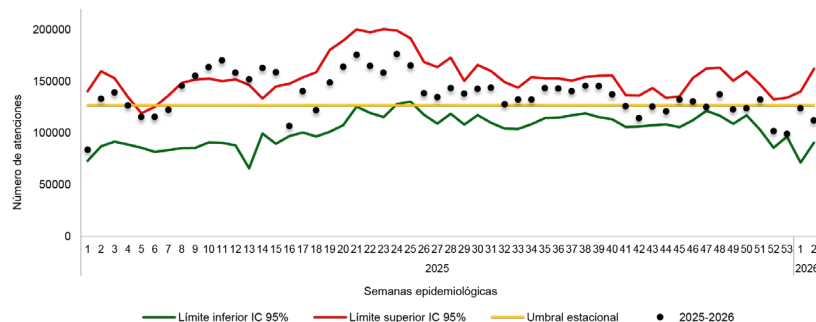
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Bello	2 466	3 006	5 300	6 031
Antioquia	Itagüí	2 734	3 054	5 621	5 897
Atlántico	Soledad	2 796	2 721	5 557	5 195
Cundinamarca	Soacha	1 598	2 128	4 079	4 081
Antioquia	Rionegro	1 372	1 840	2 505	3 478
Guajira	Maicao	1 091	1 448	2 920	3 390
Cundinamarca	Chia	1 668	1 811	3 265	3 359
Antioquia	Envigado	968	1 529	2 069	2 959
La Guajira	Uribia	917	1 101	2 606	2 402
Valle del Cauca	Palmira	1 092	1 127	1 809	2 086
Risaralda	Dosquebradas	994	1 125	1 663	2 024
Santander	Barrancabermeja D. E.	1 049	1 051	1 276	1 905
Santander	Floridablanca	884	965	1 461	1 810
Magdalena	Ciénaga	843	837	1 469	1 459
Cundinamarca	Zipaquirá	565	729	1 312	1 337
Cordoba	Sahagún	467	830	1 559	1 314
Boyacá	Duitama	647	730	1 826	1 305
Bolívar	Magangué	440	848	1 037	1 265
Córdoba	Cereté	584	640	481	1 243
Valle del Cauca	Cartago	717	699	1 208	1 242
Antioquia	Apartado	428	754	1 092	1 229
Valle del Cauca	Yumbo	633	557	891	1 207
Boyacá	Sogamoso	428	643	1 095	1 126
Cundinamarca	Girardot	704	652	1 247	1 085
Norte de Santander	Ocaña	522	606	1 016	1 056
Antioquia	Turbo	425	579	818	1 004
Cordoba	Lorica	356	498	936	863
Cundinamarca	Facatativá	432	414	1 377	790
Valle del Cauca	Tuluá	868	424	1 012	732
Cundinamarca	Madrid	347	367	863	707
Santander	Piedecuesta	261	335	455	617
Cundinamarca	Funza	738	334	711	616
Cesar	Aguachica	242	369	852	566
Casanare	Yopal	258	353	827	540
Huila	Pitalito	273	269	861	465
Norte de Santander	Villa Del Rosario	242	236	631	454
Cauca	Santander De Quilichao	302	251	721	451
Atlántico	Malambo	150	256	446	442
Cundinamarca	Mosquera	172	243	381	429
Cauca	Guapi	236	213	153	393
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	209	250	765	382
Santander	Girón	200	173	341	367
Nariño	La Florida	28	40	39	57

\*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (52 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 18,7 % (123 309) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 13,5 % (89 162). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 11,6 % y los menores de un año con el 9,3 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2025 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; posteriormente de las semanas 16 a la 53 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican dentro de los límites esperados, siguiendo la misma tendencia en semana 01 y 02 del 2026 (figura 6).

**Figura 6. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 02 del 2026**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, histórico entre 2019 y 2025

## Hospitalizaciones por IRA en sala general

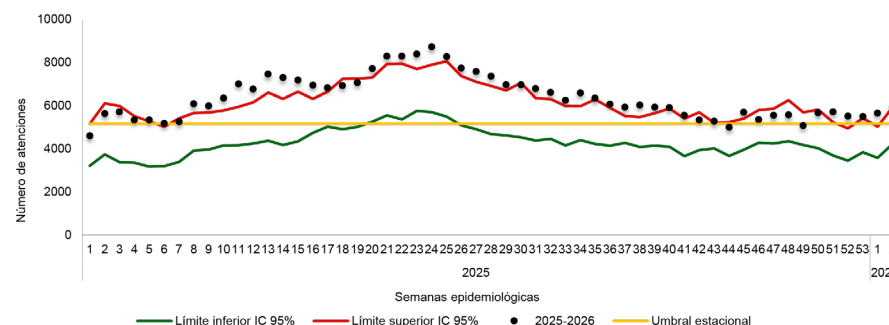
En la semana epidemiológica 02 del 2026 se notificaron 5 926 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cesar, Chocó, Guainía y Putumayo e incremento en Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Bolívar, Boyacá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Guaviare, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 19 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (52 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (8 077) representaron el 35,7 %, seguido de los menores de un año con el 12,7 % (2 872). La mayor proporción de

hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con 24,5 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 20,3 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, se evidenció que las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior durante la mayoría de las semanas epidemiológicas, con excepción de las semanas 18 y 19. A partir de la semana 25 y hasta la semana 49 se observó una disminución ubicándose por debajo o sobre el límite superior; no obstante, en la semana 50 a 53 se identificó nuevamente una tendencia al incremento, superando el límite superior, así mismo en semana 01 y 02 del 2026 se observa tendencia al incremento (figura 7).

**Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 02 del 2026**

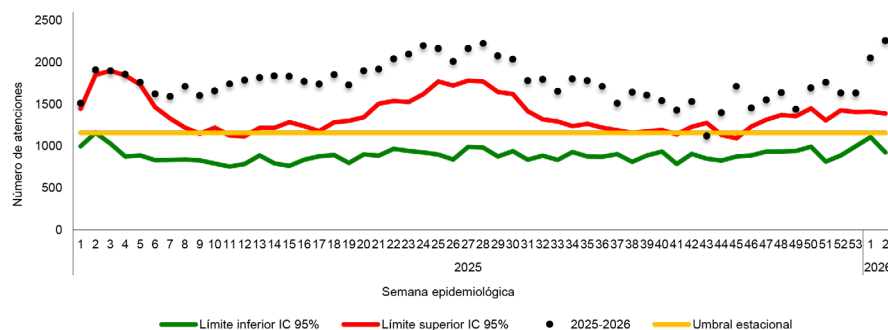


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017 a 2025.

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

En la semana epidemiológica 02 del 2026, se notificaron 2 256 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 53 se ubicó por encima del límite superior, siguiendo con la misma tendencia en semana 02 del 2026 (figura 8).

**Figura 8. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 02 del 2026**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2025.

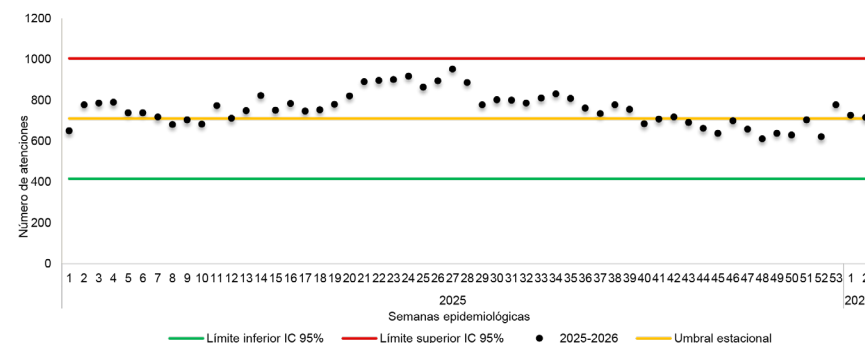
## Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 02 del 2026 se notificaron 715 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Atlántico, Cartagena de Indias D. T., Chocó, Huila y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Magdalena y Nariño. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (51 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 42,9 % (1 211), seguido del grupo de edad de 40 a 59 años con el 12,0 % (338) de las hospitalizaciones en este servicio. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los menores de dos a cuatro años con el 18,8 % seguido de los niños de un año con el 15,3 %.

En el gráfico de control de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, se observa que desde la semana epidemiológica 13 hasta la 39 se presenta una tendencia creciente, la cual se mantiene por encima del umbral estacional y alcanza el límite superior en la semana epidemiológica 28. Posteriormente, entre las semanas epidemiológicas 40 y 52, se evidencia una disminución de los casos, con valores que se sitúan por debajo del umbral estacional, a excepción de las semanas epidemiológicas 45 y 53, en las que nuevamente se registran cifras superiores a dicho umbral. Finalmente, en la semana epidemiológica 01 y 02 del 2026 se observa un nuevo descenso, manteniéndose los valores por encima del umbral estacional (figura 9).

**Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 02 del 2026**

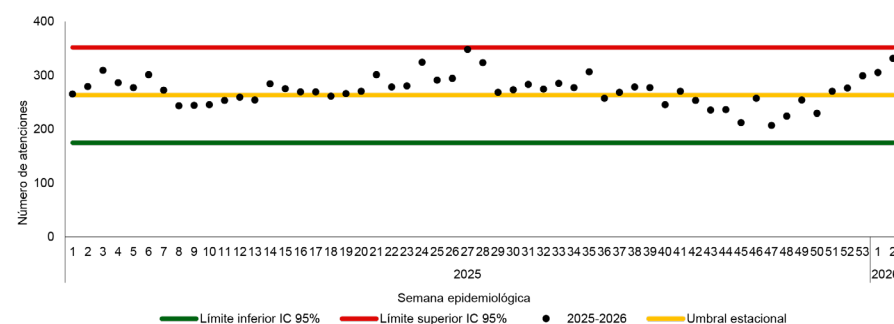


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2025

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

En la semana epidemiológica 02 del 2026, se notificaron 331 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad se evidenció para esta semana que se ubica por encima del umbral estacional (figura 10).

**Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 02 de 2026**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2025

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en la notificación de las atenciones de infección respiratoria

aguda (IRA) en consulta externa, urgencias y positiva en las hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM para semana 02 del 2026 se encontraron dentro de los límites esperado; no obstante, el servicio de hospitalización en sala general se ubicó por encima del límite superior del canal endémico.

El comportamiento observado en las atenciones por IRA se encuentra estrechamente relacionado con la circulación viral, en particular con el incremento sostenido de la influenza estacional y la co-circulación de otros virus respiratorios como el virus sincitial respiratorio (VSR). Este escenario adquiere especial relevancia en el contexto de la alerta epidemiológica emitida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), que advierte un aumento temprano e intenso de la actividad de influenza a nivel global desde finales del 2025, con predominio del subtipo influenza A(H3N2). podría incrementar la demanda de servicios de salud, particularmente en los servicios de hospitalización en sala general y en las unidades de cuidado intensivo (UCI/UCIM), especialmente en poblaciones de mayor riesgo, lo que refuerza la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica y virológica intensificada y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud<sup>1</sup>.

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

- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento).
- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.

- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permita la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar; con énfasis en poblaciones vulnerables, (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes).
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional, como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas.

### **Circulación de agentes microbianos causantes de IRA**

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado incremento en todas las regiones excepto Brasil y Cono Sur. La influenza A(H3N2) predominó entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina, donde predominó la influenza A(H1N1)pdm09. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto la subregión Caribe. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia una tendencia decreciente en la región. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 02, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un incremento general de la positividad y de influenza A. Al decremento VSR y adenovirus, los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 12). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: circulación simultánea de influenza estacional y virus sincitial respiratorio (VSR). Washington, D.C.: OPS/OMS; 9 de enero de 2026.



**Tabla 12. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 48 del 2025 a 02 del 2026**

Agente viral identificado	SE 48 a SE 51			SE 52 a SE 02			*Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
<b>Positividad general</b>	<b>54,1</b>	<b>61,9</b>	<b>37,2</b>	<b>62,4</b>	<b>68,3</b>	<b>53,3</b>	
Rinovirus	13,1	11,2	8,6	14,9	18,7	3,6	
VSR	19,7	28,9	2,9	14,9	23,9	5,4	
Enterovirus	7,0	6,6	8,6	5,5	5,2	5,4	
Adenovirus	8,0	10,2	-	4,2	5,2	1,8	
Influenza B	0,3	-	-	0,7	0,6	-	
Influenza A	12,1	5,6	31,4	20,1	10,3	39,3	
Parainfluenza	9,9	13,7	5,7	12,8	16,1	5,4	
Metapneumovirus	7,6	9,1	8,6	5,9	7,7	3,6	
A(H1N1)pdm09	12,1	5,1	31,4	11,1	4,5	21,4	
SARS-CoV2	2,9	3,6	2,9	3,8	3,2	5,4	
A(H3N2)	3,8	3,0	-	4,2	2,6	3,6	
Coronavirus	3,5	3,0	-	2,1	1,9	5,4	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026.  
Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.  
\*Se muestra la variación con significancia estadística

## COVID-19

### Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 02 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

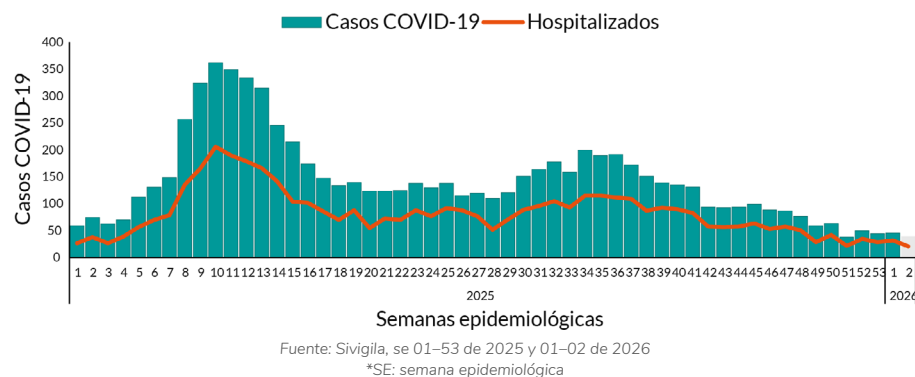
Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

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

En Colombia, con corte al 17 de enero de 2026 (semana epidemiológica 02) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 86 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (52 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026), se observó una disminución del 23,9 %, con 181 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025), en el cual se reportaron 238 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 18,7 % pasando de 144 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 117 casos en el periodo analizado (figura 11).

21

**Figura 11. Comportamiento de COVID-19. Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026**



En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 52 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026), se registró una incidencia de 0,34 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 26 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 69 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025), se evidencia un aumento en la notificación de COVID-19 a nivel departamental en Boyacá, Cauca, Cesar y Córdoba y a nivel municipal en Popayán (Cauca), Valledupar (Cesar) y Túquerres (Nariño).

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025) y actual (semanas epidemiológicas 52 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026) se evidencia una disminución de los casos de COVID-19 en casi todos los grupos de edad. Las reducciones más marcadas se observaron en el grupo de 30 a 39 años (-82,1 %), seguido de 5 a 9 años (-44,4 %) y 2 a 4 años (-41,2 %), en menores de 1 año, la reducción fue del 20,6 %, pasando de 63 a 50 casos (tabla 13).

**Tabla 13. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas: 48 del 2025 a 02 del 2026**

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 48-51	SE 52-53 2025, SE 01-02 2026		
Menor de un año	63	50	-20,63	
1 año	13	15	15,38	
2 a 4 años	17	10	-41,18	
5 a 9 años	9	5	-44,44	
10 a 19 años	7	10	-42,86	
20 a 29 años	14	13	-7,14	
30 a 39 años	28	5	-82,14	
40 a 49 años	13	12	-7,69	
50 a 59 años	20	16	-20,00	
60 a 69 años	21	16	-23,81	
70 a 79 años	25	17	-32,00	
80 a 89 años	6	8	33,33	
90 a 99 años	2	4	100,00	
Mayor a 100 años	0	0	-	
Total	238	181	-23,95	

Fuente: Sivigila, SE 48 a 51 del 2025 y SE 52 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026  
PE: periodo epidemiológico; SE: semana epidemiológica

En lo corrido del 2026, se han notificado en Colombia dos fallecimientos asociados a COVID-19, correspondientes a los municipios de Medellín D. E. (Antioquia) y Riohacha D. E. (La Guajira).

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu7la>, donde podrá ampliar los detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2026.

## Dengue

### Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 02 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las siguientes definiciones de caso establecidas en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento<sup>1</sup>:

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 %.

<sup>1</sup>. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de dengue. Versión 4. 20 de marzo de 2022. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Dengue.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf)

Definición de periodo de transmisión: corresponde al comportamiento esperado mensualmente según el comportamiento histórico (2019-2025 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 (2019-2025 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 (2019-2025 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 (2019-2025 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 02 del 2026 se notificaron 2 715 casos de dengue: 1 934 casos de esta semana y 751 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 4 545 casos, 2 749 (60,5 %) sin signos de alarma, 1 741 (38,3 %) con signos de alarma y 55 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,7 % (2 621) de los casos a nivel nacional proceden de Cesar, Cartagena de Indias D. T., Meta, Norte de Santander, Barranquilla D. E., Santander, Tolima y Santa Marta D. T.

23

**Tabla 14. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 02 del 2026.**

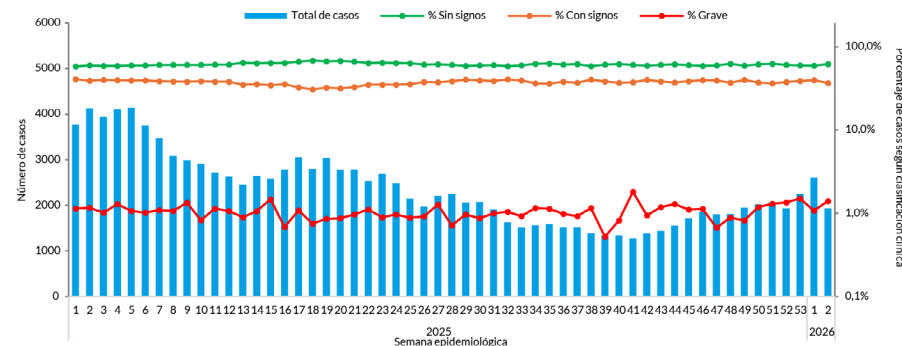
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 47-50 de 2025)	Observado (SE 51-53 de 2025, SE 01 2026)
Cesar	457	55,4	0,7	503	713
Cartagena de Indias D. T.	435	22,8	2,1	917	1037
Meta	347	30,5	1,4	519	668
Norte de Santander	298	36,2	1,3	522	579
Barranquilla D. E.	296	38,5	0,7	404	554
Santander	282	33,7	0,0	565	579
Tolima	255	34,9	2,7	270	408
Santa Marta D. T.	251	40,6	0,4	609	548
Bolívar	187	36,4	2,7	374	412
Atlántico	186	41,9	1,6	420	418
La Guajira	179	54,7	1,1	337	360
Córdoba	153	49,0	0,7	295	318
Magdalena	151	54,3	0,7	379	341
Antioquia	142	39,4	1,4	287	339
Cundinamarca	116	38,8	1,7	109	182
Huila	104	40,4	4,8	67	130
Sucre	91	57,1	1,1	112	176
Valle del Cauca	89	23,6	0,0	214	202
Guaviare	87	18,4	0,0	12	95
Santiago de Cali D. E.	84	35,7	1,2	147	167
Putumayo	62	21,0	0,0	55	74
Arauca	46	43,5	0,0	90	85
Chocó	41	39,0	0,0	62	74
Casanare	36	11,1	0,0	38	52
Amazonas	32	21,9	0,0	33	66
Quindío	21	19,0	0,0	53	42
Risaralda	18	38,9	0,0	14	47
Caquetá	17	52,9	0,0	28	27
Nariño	16	37,5	0,0	45	37
Exterior	14	28,6	7,1	18	23
Caldas	13	53,8	0,0	5	13
Cauca	11	45,5	0,0	25	23
Boyacá	11	63,6	0,0	28	43
Vaupés	9	0,0	0,0	12	17
Vichada	5	40,0	0,0	7	14
Buenaventura D. E.	0	0,0	0,0	5	5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	100,0	0,0	2	2
Guainía	0	0,0	0,0	2	1
<b>Colombia</b>	<b>4 542</b>	<b>38,3</b>	<b>1,2</b>	<b>7 584</b>	<b>8 871</b>

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 51 a 53 del 2025 y 01 del 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 47 a 50 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Barranquilla D. E., Boyacá, Caldas, Casanare, Cesar, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Putumayo, Risaralda, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 14).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39 % a nivel nacional (figura 12); 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 51 a 53 del 2025 y 01 del 2026) fueron: Arauca, Cesar, Magdalena, Nariño, Risaralda, Sucre, La Guajira.

**Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 2025-2026.**

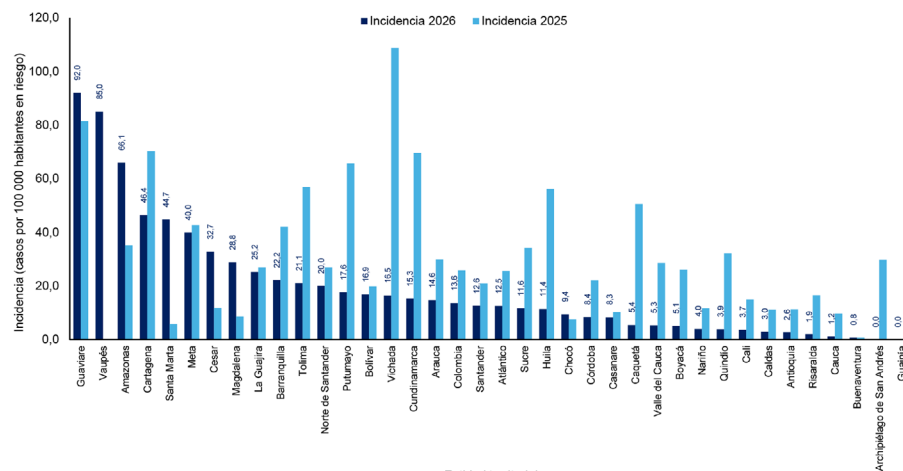


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

A semana epidemiológica 02 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 13,6 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 25,8 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 Guaviare, Vaupés, Amazonas, Cartagena de Indias D. T. y Santa Marta D. T. presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 02 del 2026 registrando tasas superiores a 40 casos por 100 000 habitantes (figura 13). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 25,2 casos por 100 000 habitantes.

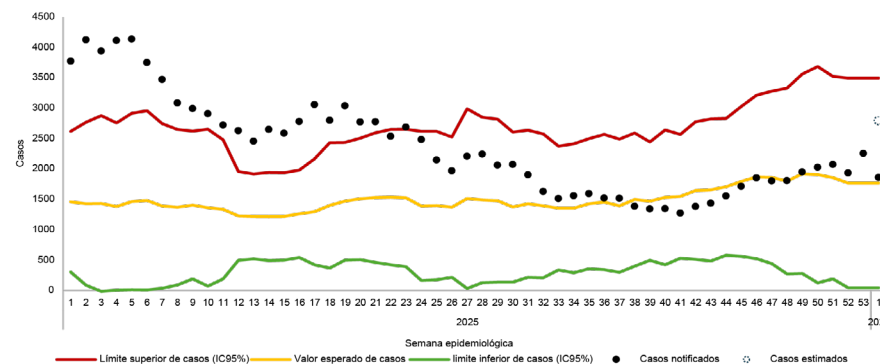


**Figura 13. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 02 del 2025- 2026.**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

**Figura 14. Canal endémico de dengue. Colombia, 2025-2026p.**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

**Tabla 15 Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 02 del 2026.**

Situación epidemiológica a SE 02, 2026	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de enero		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cartagena de Indias D. T., Cesar	Magdalena, Santa Marta D.T., Vaupés	Boyacá y Vichada
Alerta	Bolívar	Antioquia, Chocó, Quindío, Norte de Santander y Santander	Amazonas, Arauca, Guaviare, Meta
Dentro de lo esperado	Atlántico, Barranquilla D. E., Córdoba, Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, La Guajira, Nariño, Tolima, Sucre, Risaralda y Valle del Cauca	Caquetá, Casanare, Cauca, Santiago de Cali D. E., Guainía, Putumayo y Huila.

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 02 del 2026, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 17 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 51 a 53 del 2025 y 01 del 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 47 a 50 del 2025) (figura 14).

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 54,0 % (20) se encuentra dentro de lo esperado, el 27,0 % (10) se encuentra en situación de alerta y el 18,9 % (7) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 15).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 02 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 9,0 % (74) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 17,5 % (10/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 16).

Tabla 16. Municipios con comportamiento de dengue por encima de lo esperado según canal endémico, con población menor a 100 000 habituales en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 02 del 2026.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Esperado (SE 47-50, 2025)	Observado (SE 51-53, 2025, SE 01 2026)
Antioquia	Bello	0,4	2	7	9
	Itagüí	1,1	3	7	9
Bolívar	Cartagena	41,2	435	917	1 037
Cesar	Valledupar	34,8	192	206	303
Santa Marta D. T.	Santa Marta D. T.	45,4	251	609	548
Magdalena	Ciénaga	7,1	9	57	23
Meta	Villavicencio	49,4	252	364	496
Risaralda	Dosquebradas	4,1	9	8	16
Santander	Barrancabermeja D. E	19,6	42	75	97
Arauca	Arauca	6,0	6	18	12

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: Semana Epidemiológica

En la semana epidemiológica 02 del 2026, se notificaron 14 muertes probables por dengue las cuales se encuentran en estudio. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,0 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo del 2025, se confirmaron 8 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 17).

Tabla 17. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia. Colombia, a semana epidemiológica 02, 2025-2026.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 02, 2026	Letalidad por dengue a SE 02, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	0	2	0,00	0,00
Risaralda	0	2	0,00	0,00
Antioquia	0	1	0,00	0,16
Atlántico	0	1	0,00	0,26
Barranquilla D. E.	0	1	0,00	0,18
Bolívar	0	1	0,00	0,00
Córdoba	0	1	0,00	0,25
Cundinamarca	0	1	0,00	0,00
Magdalena	0	1	0,00	0,00
Meta	0	1	0,00	0,00
Norte de Santander	0	1	0,00	0,00
Tolima	0	1	0,00	0,00
Colombia	0	14	0,00	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 02 de 2026, 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)<sup>1</sup>.

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	≤ 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 msnm. (-) 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

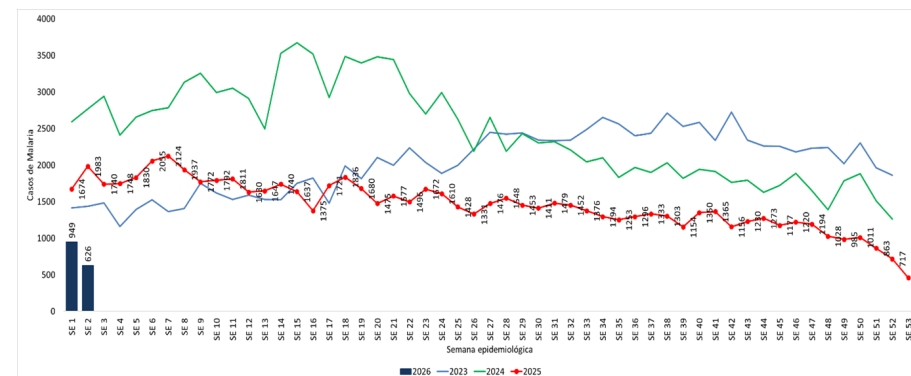
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros reflejan un menor riesgo.

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

### Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución por malaria, como lo muestra la grafica (figura 15).

**Figura 15. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 02 del 2026**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 02 del 2026 se notificaron 1 073 casos de malaria, para un acumulado de 1 575 casos, de los cuales 1 539 son de malaria no complicada y 36 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 79,7 % (1 255), seguido de *Plasmodium falciparum* con 18,7 % (295) e infección mixta con 1,6 % (25). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

### Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,6 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (23,1 %), Antioquia (15,9 %), Córdoba (10,3 %), Guainía (8,8 %), Amazonas (8,0 %), Nariño (6,1 %), Meta (4,7), Bolívar (4,2 %), Risaralda (3,1 %), Vichada (2,9 %), Vaupés (2,6 %), Buenaventura D. E. (2,0 %) y Guaviare (2,0 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 74,2 % de los casos son los que se muestran en la tabla 18.

**Tabla 18. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 47 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026**

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 48 a 51	Casos 2025 SE 52 a 53, SE 01 a 02 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	130	229	227	3,43
Córdoba	Tierralta	109	245	207	1,09
Meta	Puerto Gaitán	67	149	116	1,45
Chocó	Lloró	65	100	84	6,13
Antioquia	El Bagre	57	166	91	1,01
Amazonas	Tarapacá (CD)	47	90	67	10,74
Chocó	Bagadó	47	185	57	3,97
Risaralda	Pueblo Rico	43	160	61	2,56
Chocó	Quibdó	41	99	78	0,28
Bolívar	Montecristo	40	59	71	2,18
Vichada	Puerto Carreño	38	86	59	1,68
Chocó	Medio San Juan	36	42	77	3,06
Vaupés	Mitú	34	88	58	1,40
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	31	74	49	0,10
Norte de Santander	Tibú	29	33	43	0,47
Chocó	Istmina	25	56	54	0,74
Córdoba	Puerto Libertador	24	47	34	0,53
Nariño	Magüi	23	30	29	0,09
Amazonas	La Pedrera (CD)	22	147	61	5,17
Antioquia	Zaragoza	20	30	26	0,76
Chocó	El Cantón del San Pablo	20	22	22	2,90
Antioquia	Cáceres	19	45	30	0,61
Nariño	El Charco	18	35	34	0,77
Antioquia	Chigorodó	18	24	32	0,29
Chocó	Medio Baudó	17	31	19	1,01
Antioquia	Nechí	17	34	53	0,61
Antioquia	Turbo	16	37	21	0,12
Antioquia	Mutatá	16	37	23	1,06
Guaviare	San José del Guaviare	16	36	26	0,25
Chocó	Tadó	12	42	32	0,60
Guaviare	Calamar	12	47	21	1,94
Nariño	Barbacoas	11	11	17	0,19
Nariño	San Andrés de Tumaco	11	27	22	0,04
Antioquia	Vigía del Fuerte	11	27	22	1,13

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 74,2 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 57,2 % de los casos; en comparación con el período anterior (semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025) se evidencia decremento en el municipio de Tierralta, El Bagre, Puerto Gaitán, Tarapacá (CD), Pueblo Rico, Lloró, Bagadó, Puerto Carreño, Mitú y Puerto Libertador y en incremento los municipios de Montecristo, El Encanto, Tibú y Medio San Juan (tabla 19). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 63,9 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Buenaventura D. E., Tierralta, Magüi, Puerto Gaitán, Istmina, Bagadó, Inírida y Río Quito y en incremento el municipio de Lloró, El Charco, Medio San Juan, Turbo, Vigía del Fuerte y San Andrés de Tumaco D. E. como se muestra en la tabla 20.

**Tabla 19. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 53 del 2025 y semana epidemiológica 02 del 2026**

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 48 a 51 de 2025	Casos SE 52 a 53 de 2025 y SE 01 a 02 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	206	209	1 %	9,6 %
Córdoba	Tierralta	201	182	-9 %	7,7 %
Antioquia	El Bagre	144	91	-37 %	4,7 %
Meta	Puerto Gaitán	110	93	-15 %	4,4 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	69	63	-9 %	3,5 %
Risaralda	Pueblo Rico	147	57	-61 %	3,3 %
Chocó	Lloró	71	53	-25 %	3,3 %
Bolívar	Montecristo	59	70	19 %	3,2 %
Amazonas	El Encanto	30	44	47 %	3,1 %
Amazonas	Bagadó	131	43	-67 %	2,9 %
Vichada	Puerto Carreño	86	56	-35 %	2,9 %
Vaupés	Mitú	86	55	-36 %	2,5 %
Norte de Santander	Tibú	33	43	30 %	2,4 %
Córdoba	Puerto Libertador	47	34	-28 %	2,0 %
Chocó	Medio San Juan	29	39	34 %	1,8 %

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

**Tabla 20. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 53 del 2025 y semana epidemiológica 02 del 2026**

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 48 a 51 de 2025	Casos SE 52 a 53 de 2025 y SE 01 a 02 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	52	44	-15 %	7,9 %
Chocó	Lloró	17	24	41 %	6,9 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	37	24	-35 %	6,2 %
Córdoba	Tierralta	44	23	-48 %	4,8 %
Nariño	El Charco	25	30	20 %	4,8 %
Nariño	Magüi	25	17	-32 %	4,5 %
Chocó	Medio San Juan	10	34	240 %	4,1 %
Meta	Puerto Gaitán	39	22	-44 %	4,1 %
Chocó	Istmina	32	23	-28 %	3,8 %
Chocó	Bagadó	47	14	-70 %	3,8 %
Guainía	Inírida	20	17	-15 %	3,8 %
Antioquia	Turbo	7	9	29 %	2,7 %
Chocó	Río Quito	16	7	-56 %	2,4 %
Antioquia	Vigía del Fuerte	23	25	9 %	2,1 %
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	4	7	75 %	2,1 %

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

**Tabla 21. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 02 del 2026**

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 02 2025	Acumulado 2026	SE 02 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	1 671	27	48	25	26	32
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	72	3	8	3	1	7
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	933	1	22	7	38	50
Antioquia	Puerto Berrio	4	22	0	0	0	0	3
Antioquia	Nechí	5	957	38	17	4	14	30
Antioquia	Yondó	4	80	0	3	0	2	5
Caquetá	Cartagena del Chairá	4	30	1	1	0	1	5
Caquetá	Florencia	4	303	6	3	2	5	13
Chocó	Belén de Bajirá	5	227	5	11	4	7	11
Meta	Puerto Rico	4	80	0	0	0	0	2
Meta	Puerto Gaitán	4	708	1	68	34	7	75
Risaralda	Mistrató	4	107	3	2	1	5	12
Vaupés	Taraira	5	315	1	5	4	5	15
Vichada	Puerto Carreño	4	583	5	38	22	8	30
Guainía	Barrancominas	4	102	0	0	0	3	1

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

## Comportamientos inusuales en Entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 02 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; se encuentran 7 departamentos en situación de incremento y 6 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 15 municipios en incremento y 72 municipios en decremento (tabla 21).



## Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

### Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad, cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2 DE, y/o presenta los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas<sup>1</sup>.

- **Desnutrición aguda moderada:** se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, dado que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas.
- **Desnutrición aguda severa:** se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -3 DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca. La desnutrición aguda severa puede presentar fenotipos clínicos que son el kwashiorkor, marasmo y marasmo-kwashiorkor.

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

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2021 y 2025 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.

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

altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 86 municipios a nivel nacional (7,7 %) y de disminución en 3 municipios (0,3 %) (tabla 22).

El 82,6 % de los casos fueron clasificados como desnutrición aguda moderada, y el 17,4 % como desnutrición aguda severa. El 7,5 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (28,4 %) y de 1 año (28,0 %). Según el área de residencia, el 68,3 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 02 del 2026, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas de aumento en la notificación de casos en Bolívar, Norte de Santander, Santiago de Cali D. E., Huila, Nariño, Valle del Cauca, Cartagena de Indias D. T., Magdalena, Tolima, Putumayo, Caldas, Santa Marta D. T. y de disminución de los departamentos de Cauca, Córdoba y Vichada; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Al realizar el análisis en municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 al 2025, se observaron diferencias significativas en la notificación de 11 municipios (tabla 23).

A semana epidemiológica 02 del 2026, se han notificado 666 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 662 corresponden a residentes en Colombia y 4 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (03 del 2025 a 02 del 2026) es de 0,65 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más

**Tabla 22. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 02, 2025-2026**

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 02 de 2025	Casos a SE 02 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
<b>Colombia</b>	<b>522</b>	<b>662</b>	<b>0,65</b>	<b>7,7</b>	<b>0,3</b>
La Guajira	73	52	2,51	0,0	6,7
Vichada	4	2	1,81	0,0	25,0
Chocó	36	26	1,62	9,7	0,0
Arauca	5	9	1,49	14,3	0,0
Guaviare	1	6	1,17	50,0	0,0
Vaupés	2	0	1,06	0,0	0,0
Magdalena	13	18	0,78	20,7	0,0
Casanare	3	6	0,76	0,0	0,0
Risaralda	17	15	0,74	7,1	0,0
Guainía	0	1	0,71	0,0	0,0
Nariño	16	22	0,70	4,7	0,0
Bogotá D. C.	62	85	0,70	0,0	0,0
Amazonas	3	0	0,70	0,0	0,0
Buenaventura D. E.	6	6	0,69	0,0	0,0
Cesar	34	22	0,67	12,0	4,0
Antioquia	59	90	0,66	8,0	0,0
Cundinamarca	40	33	0,61	4,3	0,0
Boyacá	8	18	0,61	4,9	0,0
Meta	7	9	0,60	3,4	0,0
Bolívar	12	23	0,60	20,0	0,0
Putumayo	5	13	0,59	23,1	0,0
Cartagena de Indias D. T.	14	20	0,59	100,0	0,0
Norte Santander	9	23	0,57	10,0	0,0
Huila	9	22	0,51	13,5	0,0
Tolima	6	14	0,51	6,4	0,0
Santiago de Cali D. E.	12	22	0,51	100,0	0,0
Caquetá	3	5	0,48	6,3	0,0
Valle del Cauca	14	22	0,45	12,5	0,0
Caldas	1	8	0,45	11,1	0,0
Santander	13	13	0,41	4,6	0,0
Atlántico	3	12	0,39	0,0	0,0
Córdoba	11	13	0,35	6,7	0,0
Sucre	7	8	0,34	3,8	0,0
Santa Marta D. T.	4	7	0,33	100,0	0,0
Barranquilla D. E.	3	8	0,31	0,0	0,0
Quindío	0	3	0,28	16,7	0,0
Cauca	7	5	0,26	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	1	0,25	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, \*Casos acumulados de SE 03 del 2025 a SE 02 del 2026.

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 y 2026 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2025.

**Tabla 23. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 02 del 2026**

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín D. E.	23	34
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	6	15
Cesar	Valledupar	4	9
Tolima	Ibagué	1	6
La Guajira	Maicao	14	5
Valle del Cauca	Palmira	2	5
Antioquia	Itagüí	0	4
Boyacá	Sogamoso	1	4
Cesar	Aguachica	0	4
Valle del Cauca	Tuluá	1	4
Huila	Pitalito	1	3

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

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

## Tos ferina

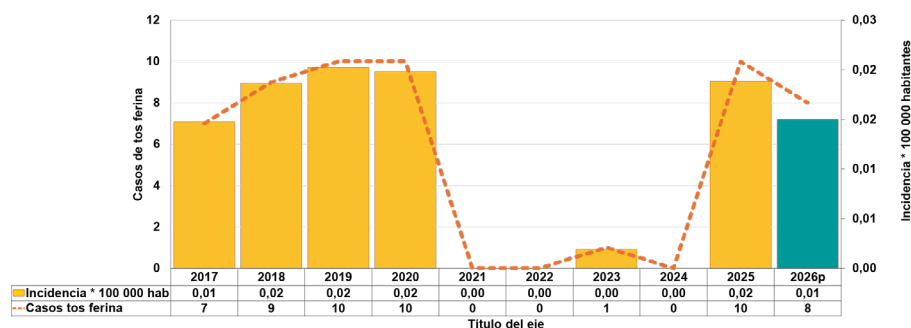
### Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 01 del 2026

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

Durante la semana epidemiológica 01 del 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 63 casos de tos ferina. De estos, el 12,7 % (n = 8) se confirmaron y corresponden a casos con procedencia de Colombia, mientras que el 87,3 % (n = 55) se encuentran en estudio.

La incidencia nacional es de 0,01 casos por cada 100 000 habitantes. Al compararla con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un comportamiento similar al registrado en las primeras semanas de los años previos para tos ferina (figura 16).

Figura 16. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 01, 2017 al 2026p

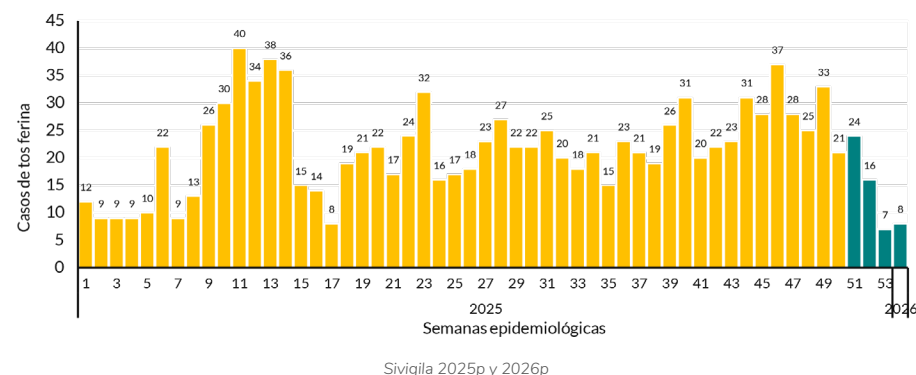


Fuente: Sivigila 2017 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 17 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana 06, con un pico máximo en la semana 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa, aunque con repuntes en las semanas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (30 casos), 46 (32 casos) y 49 (29 casos). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas se registra una reducción del 48,6 %, al pasar de 107 casos (semanas epidemiológicas 47 a 50) a 55 casos (semanas epidemiológicas 51 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026). Cabe resaltar que esta información está sujeta a cambios debido al rezago en la confirmación de los casos.

Figura 17. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52 del 2025p



Sivigila 2025p y 2026p

### Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 01, de 2019 a 2026p

El mayor número de casos se registró en Cartagena de Indias D. T. con cinco casos y una incidencia de 0,49 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Barranquilla D. E. con dos casos (0,16), y Santiago de Cali D. E. con un caso (0,04).

La tabla 24 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2024 para la misma semana epidemiológica.

**Tabla 24. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 01, (2019 al 2026p).**

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2025
Colombia	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00		8
Cartagena de Indias D. T.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49		5
Barranquilla D. E.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16		2
Santiago de Cali D. E.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2026p

En las últimas cuatro semanas, la incidencia nacional fue de 0,10 casos por cada 100 000 habitantes (55 casos). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (51 a 53 del 2025 y 01 del 2026) en: Atlántico, Cartagena de Indias D. T., Caquetá, Cauca, La Guajira, Santa Marta D. T. y Risaralda (tabla 25).

**Tabla 25. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia, por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas 51 a 53 del 2025 y 01 del 2026**

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 47-50)	Casos PE actual (SE 51-53 del 2025 y SE 01 del 2026)	Incidencia PE anterior (SE 47-50)	Casos PE actual (SE 51-53 del 2025 y SE 01 del 2026)	Tendencia
Colombia	106,00	55,00	0,20	0,10	
Cartagena de Indias D. T.	7	17	0,69	1,68	
Risaralda	0	4	0,00	0,40	
Caquetá	0	1	0,00	0,23	
Atlántico	2	3	0,13	0,19	
La Guajira	0	2	0,00	0,19	
Santa Marta D. T.	0	1	0,00	0,17	
Cauca	0	1	0,00	0,06	
Antioquia	29	5	0,42	0,07	
Barranquilla D. E.	6	3	0,47	0,23	
Bogotá D. C.	11	2	0,14	0,03	
Bolívar	4	1	0,33	0,08	
Boyacá	2	1	0,15	0,08	
Cesar	11	2	0,75	0,14	
Córdoba	7	0	0,35	0,00	
Cundinamarca	6	1	0,17	0,03	
Huila	1	0	0,08	0,00	
Meta	1	0	0,09	0,00	
Nariño	1	0	0,06	0,00	
Norte de Santander	3	2	0,18	0,12	
Santander	3	1	0,13	0,04	
Sucre	1	0	0,10	0,00	
Santiago de Cali D. E.	5	4	0,22	0,18	
Casanare	1	0	0,21	0,00	
Vaupés	1	0	2,27	0,00	

Fuente: Sivigila 2025p y 2026p

## Seguimiento de brotes activos en población indígena por departamento de procedencia, Colombia, 2025 y 2026

Al inicio del año epidemiológico 2026 (semana epidemiológica 01) se identifica un brote de tos ferina asociado a un caso confirmado procedente del municipio de Balboa, departamento de Risaralda. No obstante, es importante señalar que, de acuerdo con la fecha de inicio de síntomas, durante la semana epidemiológica 01 del 2026 aún se encuentran en seguimiento y sin cierre epidemiológico algunos brotes iniciados en el año 2025, los cuales continúan aportando casos al periodo actual, a continuación, se incluyen los brotes en seguimiento (tabla 26):

**Tabla 26. Brotes de tos ferina en seguimiento, Colombia, 2025 y 2026 datos preliminares.**

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Población	Tasa de ataque	Letalidad	FIS último caso	Fecha de cierre
Risaralda	Balboa	1	0	64	1,56	0,00	12/01/2026	23/02/2026
La Guajira	Maicao	3	0	5	60,00	0,00	28/12/2025	08/02/2026
Antioquia	Dabeiba	9	1	4652	0,19	0,02	26/01/2025	09/03/2025
Risaralda	Mistrató	3	1	9	33,33	11,11	29/12/2025	09/02/2026
	Pueblo Rico	2	0	12	16,67	0,00	17/12/2025	28/01/2026
Vaupés	Yavaraté (CD)	3	1	280	1,07	0,36	13/12/2025	24/01/2026

Fuente: Sivigila 2025p y 2026p.

FIS: fecha de inicio de síntomas - Fallecidos en color rojo: corresponden a muertes en estudio



## BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

### ALERTAS NACIONALES

#### Actualización de fiebre amarilla a nivel nacional, enero 21 de 2026

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, durante el año 2024 se notificaron 23 casos confirmados, de los cuales 13 fallecieron, lo que representó una letalidad del 56,5 %. En el 2025, se confirmaron 125 casos, con un total de 51 fallecimientos; de estos, 46 fueron atribuidos directamente a fiebre amarilla, mientras que cinco (5) se excluyeron del cálculo de letalidad al corresponder a otras causas de muerte. En consecuencia, la letalidad para el 2025 se estimó en 36,8 % (46/125).

En el acumulado 2025–2026p, con corte al 21 de enero, se han notificado 2 285 casos de fiebre amarilla. De estos, 134 han sido confirmados con procedencia de Colombia y tres (3) corresponden a casos importados, procedentes de Venezuela (estado Apure: dos (2) casos; estado Amazonas: un (1) caso). Adicionalmente, se han descartado 2 140 casos. Durante este periodo se han registrado 57 fallecimientos, de los cuales 46\* fueron confirmados con causa de muerte atribuible a fiebre amarilla; cinco (5) presentaron causa de fallecimiento diferente y seis (6) permanecen en estudio. Con base en los casos confirmados, la letalidad se estima en 34,3 % (46/134) \*\*.

En el acumulado de los años 2024, 2025 y 2026p se han registrado 157 casos confirmados de fiebre amarilla, la distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025-2026p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (137 casos):** Ataco (27), Villarrica (22), Cunday (28), Prado (20), Chaparral (14), Rioblanco (9), Purificación (8), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1), Espinal (1) e Icononzo (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).

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

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



- **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).

Los dos (2) últimos casos confirmados corresponden a dos masculinos de 57 y 65 años con procedencia del municipio de Cunday (vereda El Revés), con condición final: vivo (1) y fallecido (1).

**Caso 1.** Masculino 57 años, ocupación pensionado, con aseguramiento Compensar, con procedencia Cunday-Tolima (vereda el revés), residente en Bogotá D. C., con FIS 16/01/2026 con síntomas de: fiebre, mialgias, artralgias, cefalea, oliguria. Sin antecedente vacunal de fiebre amarilla en PAI web. Resultado: 21/01/2026 PCR fiebre amarilla positivo, PCR dengue negativo.

**Caso 2.** Masculino 65 años, con residencia Bogotá D. C., ocupación a verificar, procedencia Cunday Tolima (vereda el revés), con FIS el 14/01/2026, sin antecedente vacunal de fiebre amarilla en PAI WEB. Resultado: 21/01/2026, PCR en suero positivo para fiebre amarilla, PCR dengue negativo. Información preliminar y sujeta a cambios.

Se han confirmado 78 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 60 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (19), Ataco (10), Cunday (8), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (3) y Purificación (3) ; 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. Último caso confirmado el 14/01/2026, ejemplar del género *Aoutis* spp, una hembra adulta, que se encontró en zona rural de la vereda Alto redondo, municipio de Chaparral – Tolima. A la fecha, 7 días sin confirmación del virus en PNH.

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

## Seguimiento y valoración del riesgo – Volcán Puracé, enero 21 de 2026

El Volcán Puracé se mantiene en alerta naranja, condición declarada el 29 de noviembre del 2025. Con corte al 21 de enero del 2026, esta alerta persiste, asociada a cambios importantes en los parámetros monitoreados. Se continúa registrando sismicidad relacionada con el movimiento de fluidos al interior del edificio volcánico, localizada principalmente bajo el cráter del volcán Puracé, a profundidades menores de 1 km, la cual se asocia a procesos de circulación y liberación de gases volcánicos hacia la atmósfera. De manera complementaria, se mantiene el registro de sismicidad de baja magnitud, concentrada en dos sectores: el primero, bajo los volcanes Puracé y PicoCollo, a profundidades entre 1 y 2 km; y el segundo, en una zona más distal, ubicada aproximadamente a 6 km al oriente del cráter del volcán Puracé.

Con respecto a, las condiciones sanitarias, se encuentran activos cuatro (4) Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE), los cuales no presentan población alojada a la fecha. Estos cuentan con inspecciones sanitarias realizadas y requerimientos actualmente en seguimiento. En la zona de amenaza alta se ha censado un total de 263 familias. El análisis de muestras de agua para consumo humano evidencia la presencia de riesgo sanitario por coliformes totales; no obstante, no se identifican alteraciones fisicoquímicas ni presencia de metales asociados a la actividad volcánica.

En relación con los eventos de interés en salud pública, durante la semana epidemiológica 01 se evidenció un incremento en las hospitalizaciones en piso y en unidades de cuidado intensivo (UCI) por infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA) en el municipio de Popayán.

Se mantiene activo el Puesto de Mando Unificado (PMU) y la valoración del riesgo en salud pública continúa clasificada como baja (verde). La situación permanece bajo seguimiento permanente por el Instituto Nacional de Salud, a través del GFRA, en articulación con las autoridades sanitarias del departamento del Cauca.

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

## Vigilancia intensificada de lesiones por pólvora pirotécnica, intoxicaciones por fósforo blanco y por licor adulterado con metanol, temporada 2025 – 2026, enero 17 de 2026

Con corte al 17 de enero del 2026, se han notificado 1 684 casos de lesiones por pólvora pirotécnica en el territorio nacional, lo que representa una variación positiva del 24,4 % en comparación con el mismo periodo de la temporada 2024–2025. Del total de casos, el 29,9 % (n = 505) corresponde a menores de 18 años; de estos, 58 eventos ocurrieron en presencia de un adulto bajo los efectos del alcohol. A la fecha, no se han notificado fallecimientos asociados a este evento. Las entidades territoriales con mayor número de casos notificados son Antioquia (204), Nariño (149), Bogotá D. C. (131), Norte de Santander (98), Cauca (95), Cundinamarca (93), Santander (71), Córdoba (69), Atlántico (65) y Tolima (63).

El tipo de lesión más frecuente corresponde a quemaduras (90 %), seguido de laceraciones (58 %) y contusiones (22 %). Los artefactos pirotécnicos principalmente asociados a las lesiones fueron los totes (32 %), seguidos de otros artefactos (20,2 %) y voladores (18,3 %). La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales al Instituto Nacional de Salud, a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).

Con relación con las intoxicaciones por fósforo blanco, se han notificado siete (7) casos, de los cuales cuatro (4) corresponden a menores de cinco años. Los casos se distribuyen en Barranquilla D. E. (3), Magdalena, Santander, Huila y Norte de Santander (1 caso cada uno), sin fallecimientos ni hospitalizaciones a la fecha.

Respecto a las intoxicaciones por licor adulterado con metanol, no se han notificado casos durante el periodo de referencia.

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

## Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 02 del 2026 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

### Brote por la Enfermedad del virus de Marburg (MVD) en Etiopía. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en Europa (ECDC). Fecha de publicación: 16 de enero de 2026.

El brote fue notificado inicialmente el 14 de noviembre del 2025. Con corte al 13 de enero del 2026, se han notificado 17 casos, de los cuales 14 han sido confirmados por laboratorio y tres clasificados como probables. A la fecha, se registran 12 defunciones, correspondientes a nueve (9) casos confirmados y tres (3) casos probables, lo que representa una letalidad del 64,3 % entre los casos confirmados. La ciudad de Jinka ha sido identificada como el epicentro del brote.

Los casos han presentado un cuadro clínico caracterizado por fiebre de inicio súbito, mialgias, fatiga intensa, cefalea, diarrea, vómitos y, en etapas posteriores, episodios de sangrado inexplicable. A la fecha, cinco (5) casos se han recuperado, lo que corresponde al 29,4 % del total notificado. De acuerdo con información oficial, desde el 14 de diciembre del 2025 no se registran casos en tratamiento activo, mientras que las investigaciones para identificar el origen del brote continúan en curso.

Según un comunicado de prensa emitido por el Ministerio de Salud de Etiopía el 5 de enero del 2026, se ha realizado el seguimiento epidemiológico de 886 contactos. Conforme a los lineamientos establecidos, el brote será declarado cerrado 42 días después del fallecimiento del último caso confirmado o 42 días después de que el último paciente obtenga resultado negativo y sea dado de alta, sin que se presenten nuevos casos durante dicho periodo.

Fuente: Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en Europa (ECDC). Communicable disease threats report, 10-16 January 2026, week 3. Fecha de publicación: 16 de enero de 2026. Fecha de consulta: 21 de enero de 2026. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-3-2026.pdf>



# TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la  
notificación por entidad territorial a  
Semana Epidemiológica 02 de 2026

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 02

Decremento  
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	4	2	1	18	31	37	32	44	64	7	15	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	28	15	16	716	1394	1650	142	386	318	56	156	100	2	3	4	3	47	3	8	5	19
Arauca	8	2	1	46	60	87	46	45	81	20	14	40	0	0	0	0	0	0	1	8	1
Atlántico	1	1	0	162	275	331	186	366	414	78	213	178	3	9	4	0	2	0	0	1	0
Barranquilla D.E.	0	0	0	155	260	369	296	739	523	114	355	208	2	12	7	0	0	0	3	2	4
Bogotá D.C.	0	0	0	917	1785	1942	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13	1	0	1	1
Bolívar	11	5	3	106	213	241	187	275	403	68	139	168	5	4	6	0	0	0	0	0	0
Boyacá	1	2	1	271	477	557	11	37	48	7	14	20	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Buenaventura D.E.	2	0	1	11	12	19	2	21	2	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	2	1	1	155	285	364	13	29	10	7	15	3	0	0	0	0	0	0	0	4	1
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	200	416	432	84	619	163	30	273	49	1	7	1	0	0	0	13	7	24
Caquetá	4	6	2	58	89	118	17	143	26	9	80	11	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	111	139	239	435	409	1006	99	184	229	9	8	19	0	0	0	0	0	0
Casanare	1	3	0	76	115	161	36	105	53	4	45	13	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Cauca	4	1	2	180	438	427	11	83	26	5	30	10	0	1	1	0	2	0	1	1	1
Cesar	11	4	6	84	193	201	457	330	688	253	215	382	3	5	2	0	2	0	0	3	0
Chocó	7	4	6	13	13	22	41	44	71	16	10	22	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Córdoba	10	9	6	203	377	439	153	319	329	75	159	153	1	3	4	0	0	0	0	0	0
Cundinamarca	5	1	0	666	1053	1379	116	314	157	45	140	61	2	1	1	0	3	0	0	1	1
Gualinía	2	0	1	13	11	28	0	4	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	2	2	1	11	28	30	87	31	70	16	8	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	7	4	3	285	467	604	104	354	114	42	150	39	5	8	6	0	0	0	0	0	0
La Guajira	6	4	5	73	151	168	179	232	353	98	174	187	2	6	4	0	0	0	1	1	1
Magdalena	9	3	3	72	183	172	151	131	355	82	89	195	1	3	4	0	0	0	6	1	6
Meta	6	5	1	195	302	398	347	409	671	106	163	200	5	3	14	0	3	0	0	1	0
Nariño	1	2	1	289	524	642	16	55	39	6	19	19	0	1	1	0	0	0	1	1	3
Norte de Santander	18	11	10	255	436	557	298	309	542	108	157	187	4	5	9	0	11	0	0	0	0
Putumayo	7	2	2	93	126	179	62	145	69	13	45	15	0	2	0	0	0	0	1	1	1
Quindío	1	1	0	136	225	267	21	84	47	4	25	8	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Risaralda	4	1	2	175	311	362	18	88	31	7	33	16	0	1	2	2	2	2	1	0	2
Archipielago de San Andrés y Providencia	0	0	0	13	29	23	1	19	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	0	1	78	122	163	251	94	602	102	59	231	1	2	3	0	0	0	1	7	1
Santander	6	4	3	345	538	747	282	424	585	95	174	224	0	3	2	0	4	0	2	1	2
Sucre	5	1	2	101	203	245	91	386	160	52	216	90	1	6	3	0	0	0	0	0	0
Tolima	7	3	3	307	487	649	255	658	358	89	277	100	7	7	4	0	0	0	1	3	3
Valle del Cauca	5	2	4	383	620	790	89	511	206	21	221	64	0	4	2	0	17	0	2	3	6
Vaupés	1	1	1	7	11	18	9	10	17	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Vichada	3	1	2	8	18	19	5	6	14	2	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	191	103	91	6.987	12.417	15.066	4.531	8.258	8.619	1.737	3.892	3.257	54	107	105	6	106	6	42	54	79

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 02

Decremento  
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	127	133	230	0	0	0	213	440	381	14	8	30	0	0	0	39	328	139	0	1	0
Antioquia	251	727	545	41	39	26	42780	78723	83125	2040	3044	3805	185	898	644	6216	33684	26404	23	31	23
Arauca	6	3	9	1	0	1	649	1763	1006	53	80	143	3	3	12	115	726	500	2	3	2
Atlántico	0	0	0	4	4	2	5142	10341	9461	183	171	286	105	175	398	941	3662	3886	3	11	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	3	4	2	8063	14759	15148	515	393	1101	46	179	210	1196	6699	5695	12	10	12
Bogotá D.C.	0	0	0	27	28	13	49352	115344	96659	2415	4584	5199	321	1397	1400	9456	58962	42224	36	29	36
Bolívar	67	105	132	7	7	3	5478	10357	9353	139	195	261	29	124	76	492	2582	2243	2	8	2
Boyacá	5	0	14	6	4	6	3997	9701	7543	317	381	604	22	97	73	755	3967	3212	6	4	6
Buenaventura D.E.	31	98	60	2	2	1	250	869	382	2	5	2	1	1	2	33	351	177	3	3	3
Caldas	0	5	0	4	4	2	3942	7704	6620	170	268	311	67	130	201	425	2583	4068	4	5	4
Santiago de Cali D.E.	1	2	1	27	25	15	10877	23636	21226	249	626	458	35	75	95	1486	11346	6875	8	11	8
Caquetá	8	17	27	3	3	2	950	2596	1521	88	110	138	2	10	6	207	1603	1009	2	2	2
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	4	5	1	6489	15696	12205	521	344	1021	81	212	281	681	4542	3332	6	10	6
Casanare	1	5	3	1	1	0	701	1929	1110	17	42	25	3	10	7	128	932	583	0	3	0
Cauca	19	192	44	7	5	5	4430	8665	7408	171	188	336	28	73	74	544	4770	2354	9	9	9
Cesar	2	3	4	6	5	2	3927	8967	6427	183	492	344	23	67	75	338	2985	1433	5	9	5
Chocó	359	2094	721	3	4	3	1809	1918	2884	21	140	43	0	1	9	259	941	1307	8	8	8
Córdoba	161	851	336	4	2	2	7464	13111	12628	282	422	621	58	181	248	638	4045	3370	11	12	11
Cundinamarca	0	0	0	12	10	7	11846	23629	22167	479	771	868	44	290	193	2345	11698	10253	10	13	10
Guainía	135	228	246	0	0	0	71	165	119	7	20	9	0	0	0	36	110	152	2	1	2
Guaviare	33	87	59	1	1	1	208	481	338	12	27	40	1	9	1	47	270	275	0	0	0
Huila	0	0	0	4	3	1	2583	9179	4312	138	405	290	23	61	114	865	5153	3459	5	9	5
La Guajira	0	3	0	3	4	2	6584	14297	12733	155	434	331	20	59	73	669	3879	2447	6	18	6
Magdalena	0	1	0	0	0	0	5163	7490	9586	102	210	220	0	23	1	631	3005	2646	2	5	2
Meta	73	36	158	1	0	1	3773	5518	6085	81	199	150	14	69	50	766	3961	3227	8	6	8
Nariño	98	770	171	8	5	4	6027	13064	9994	444	519	671	3	33	19	795	5173	3444	7	9	7
Norte de Santander	30	121	47	12	8	8	7436	13212	12375	467	815	740	49	106	137	718	5807	4111	7	8	7
Putumayo	5	5	11	4	3	2	1195	2126	1807	37	92	63	2	7	7	195	995	941	1	2	1
Quindío	0	2	0	0	0	0	2474	5658	4350	127	258	286	27	66	107	418	2358	2449	2	1	2
Risaralda	49	217	95	12	7	8	4712	8763	8667	195	263	385	14	53	56	589	3540	3068	4	4	4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	137	610	371	25	37	67	0	0	0	44	287	145	0	1	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	0	0	2373	3400	4228	134	160	238	28	156	112	1504	1337	3778	3	4	3
Santander	2	1	5	15	15	9	8853	13048	16371	696	975	1323	91	342	305	289	7148	4341	10	8	10
Sucre	5	5	7	6	7	3	3929	7161	6287	353	443	745	54	237	188	373	2473	1730	2	6	2
Tolima	0	0	0	4	3	4	5582	12772	9934	568	421	914	20	75	81	961	5316	4591	4	7	4
Valle del Cauca	2	8	2	6	5	3	6681	12171	12226	174	247	315	43	87	124	1117	5937	5157	7	11	7
Vaupés	41	82	524	0	0	0	84	151	171	6	6	15	0	1	0	9	58	41	0	0	0
Vichada	45	166	91	0	0	0	65	255	114	0	3	0	0	0	0	14	111	93	2	2	2
Total nacional	1.556	6.117	3.112	238	213	139	236.289	479.669	437.322	11.580	17.798	22.398	1.442	5.307	5.379	36.334	222.536	239.382	222	285	222



## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 02

Decremento  
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables y Casos descartados			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1
Antioquia	0	1	0	25	54	47	0	0	0	21	43	48	94	144	182	10	18	18
Arauca	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	2	5	5	2	2	2
Atlántico	0	0	0	2	4	4	0	0	0	0	1	0	18	36	45	1	0	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	3	8	46	0	0	0	2	2	3	29	27	58	3	3	3
Bogotá D.C.	1	1	1	53	85	53	13	0	10	33	32	56	133	256	270	21	83	47
Bolívar	0	0	0	0	4	6	0	0	0	3	2	3	9	20	13	0	0	1
Boyacá	0	0	0	6	11	8	0	0	0	0	2	2	18	36	42	9	12	17
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	1	0
Caldas	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	1	0	5	27	7	1	2	2
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	5	15	5	0	0	0	2	2	4	28	75	53	3	22	10
Caquetá	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	4	8	4	0	5	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	2	5	2	0	0	0	10	1	11	7	24	18	0	0	0
Casanare	0	0	0	1	2	3	0	0	0	1	0	1	5	13	11	0	4	0
Cauca	0	0	0	1	7	19	0	0	0	1	1	2	4	15	8	16	15	29
Cesar	0	0	0	0	3	0	0	0	0	4	2	7	11	14	20	2	2	6
Chocó	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4	2	0	2	2	0	0	0
Córdoba	0	0	0	6	9	6	0	0	0	0	1	0	18	51	38	3	0	3
Cundinamarca	0	0	0	10	24	15	2	0	2	10	9	12	70	117	131	2	9	7
Guainía	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	2	4	2	0	0	0
Huila	2	0	1	4	14	9	0	0	0	0	3	0	14	34	30	0	9	2
La Guajira	0	0	0	1	2	3	0	0	0	1	1	3	3	15	9	1	3	1
Magdalena	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0	4	10	7	0	0	0
Meta	1	0	0	1	4	3	1	0	1	3	2	5	17	23	32	3	3	3
Nariño	0	0	0	4	9	8	0	0	0	2	4	6	27	40	45	4	7	7
Norte de Santander	0	0	0	1	13	1	0	0	0	2	2	4	32	58	79	0	1	1
Putumayo	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	1	1	4	11	9	0	5	1
Quindío	0	0	0	2	4	3	0	0	0	2	1	2	7	18	13	1	5	3
Risaralda	0	0	0	1	5	2	0	0	0	13	2	15	15	34	25	0	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	5	0	1	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	11	4	18	0	1	0
Santander	0	0	0	1	4	1	0	0	0	3	6	5	23	40	61	0	7	3
Sucre	0	0	0	2	5	8	0	0	0	1	4	1	7	30	13	0	1	1
Tolima	1	0	1	3	5	6	2	0	2	1	2	1	18	54	46	2	3	3
Valle del Cauca	0	0	0	3	10	7	0	0	0	0	6	1	20	60	45	2	13	6
Vaupés	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	1
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Total nacional	5	5	3	143	346	286	18	0	15	117	131	199	662	1.445	1.349	86	238	180

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 02

Decremento  
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	3	0	0	0	3	4	1	0
Antioquia	0	0	0	0	57	90	0	3	172	133	63	5
Arauca	0	0	0	0	7	9	0	0	6	7	1	0
Atlántico	0	0	0	0	11	12	0	0	31	22	0	0
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	6	8	0	0	27	28	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	98	85	0	0	150	107	0	0
Bolívar	0	0	0	0	10	23	0	0	17	17	23	1
Boyacá	0	0	0	0	15	18	0	0	37	27	12	4
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	5	6	0	0	5	4	1	0
Caldas	0	0	0	0	3	8	0	2	50	27	13	0
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	13	22	0	0	54	48	0	0
Caquetá	0	0	0	0	5	5	0	0	8	3	17	1
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	8	20	0	0	19	16	0	0
Casanare	0	0	0	0	7	6	0	0	8	9	0	0
Cauca	0	0	0	0	10	5	0	0	33	28	2	0
Cesar	1	0	0	0	22	22	0	0	22	13	7	1
Chocó	0	0	0	0	24	26	0	0	5	3	17	3
Córdoba	0	0	0	0	19	13	0	0	38	31	9	1
Cundinamarca	0	0	0	0	40	33	0	0	71	78	10	0
Guainía	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	1	1
Guaviare	0	0	0	0	3	6	0	0	2	1	19	1
Huila	0	0	0	0	12	22	0	5	29	32	1	0
La Guajira	0	0	0	0	65	52	0	0	9	3	2	0
Magdalena	0	0	0	0	13	18	0	0	14	6	1	0
Meta	0	0	0	0	13	9	0	0	24	12	12	0
Nariño	0	0	0	0	14	22	0	0	48	40	11	1
Norte de Santander	0	0	0	0	15	23	0	0	37	45	14	1
Putumayo	0	0	0	0	6	13	0	0	16	9	18	1
Quindío	0	0	0	0	2	3	0	0	18	14	0	0
Risaralda	0	0	0	0	12	15	0	0	38	37	4	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	2	7	0	0	7	10	1	0
Santander	1	0	0	0	14	13	0	0	45	38	42	5
Sucre	0	0	0	0	6	8	0	0	16	13	9	1
Tolima	0	0	0	0	9	14	0	1	39	30	11	0
Valle del Cauca	0	0	0	0	14	22	0	1	46	36	1	0
Vaupés	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	3	0
Vichada	0	0	0	0	10	2	0	0	1	0	3	0
Total nacional	2	0	0	0	579	662	0	12	1.150	931	329	29

41

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 02

Decremento  
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	11	3	1	1	0	0	1	1	0	1	5	1
Arauca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atlántico	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Barranquilla D.E.	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Bogotá D.C.	2	1	2	0	0	0	2	0	0	0	6	10
Bolívar	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Boyacá	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santiago de Cali D.E.	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Caquetá	6	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	9	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cauca	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Cesar	1	0	1	1	0	0	0	3	1	0	1	0
Chocó	2	3	0	0	1	0	2	0	2	2	0	0
Córdoba	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	0
Cundinamarca	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
La Guajira	0	0	1	1	1	1	2	0	3	1	1	0
Magdalena	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Nariño	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Norte de Santander	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Putumayo	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Quindío	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Risaralda	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Santander	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Sucre	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1
Tolima	9	16	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Valle del Cauca	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0
Vaupés	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	341	292	11	8	7	3	13	6	11	5	39	16

## Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 02

Decremento  
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	1	1	0	0	2	2	0	0	14	17
Antioquia	7	4	40	48	0	0	129	151	4	4	639	318
Arauca	2	0	6	6	0	0	5	5	0	0	40	26
Atlántico	2	1	12	8	0	0	18	21	0	1	74	59
Barranquilla D.E.	2	0	13	6	0	0	34	29	1	2	78	76
Bogotá D.C.	4	6	28	54	0	0	47	46	2	3	659	232
Bolívar	1	4	8	18	0	0	7	6	0	0	83	74
Boyacá	2	1	3	2	0	0	7	5	0	0	128	107
Buenaventura D.E.	1	1	4	2	0	0	5	4	0	0	14	6
Caldas	1	0	5	7	0	0	11	13	0	0	92	62
Santiago de Cali D.E.	1	0	15	30	0	0	48	54	2	2	202	126
Caquetá	1	0	4	3	0	0	6	15	0	1	31	26
Cartagena de Indias D.T.	1	4	11	23	0	0	17	15	0	0	48	57
Casanare	1	0	4	1	0	0	4	12	0	0	20	26
Cauca	1	1	4	9	0	0	7	14	0	0	110	80
Cesar	1	2	9	6	0	0	17	18	0	1	70	54
Chocó	2	0	6	2	0	0	6	8	0	0	13	14
Córdoba	1	0	10	7	0	0	10	15	1	0	117	78
Cundinamarca	1	0	10	11	0	0	18	21	1	3	317	279
Guainía	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	5	6
Guaviare	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	10	6
Huila	1	0	5	6	0	0	13	19	0	0	201	147
La Guajira	1	1	10	6	0	0	17	31	0	1	38	27
Magdalena	1	0	6	6	0	0	6	9	0	0	46	33
Meta	2	2	7	9	0	0	23	22	0	0	66	61
Nariño	1	0	6	14	0	0	4	7	0	0	137	126
Norte de Santander	3	1	13	13	0	0	25	33	0	0	117	119
Putumayo	1	0	3	2	0	0	4	3	0	0	48	46
Quindío	1	2	5	7	0	0	6	9	0	1	70	59
Risaralda	1	0	6	5	0	0	20	20	1	0	115	96
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Santa Marta D.T.	1	0	5	9	0	0	9	14	0	0	20	17
Santander	3	1	13	18	0	0	36	40	1	2	194	174
Sucre	1	2	6	8	0	0	2	2	0	0	62	53
Tolima	2	2	5	14	0	0	20	22	1	0	95	86
Valle del Cauca	1	5	11	20	1	0	28	40	1	0	209	169
Vaupés	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	10	5
Vichada	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5	5
Total nacional	49	40	305	382	1	0	616	728	17	21	4.203	2.957

43



## Semana epidemiológica 02

11 al 17 de enero del 2026

### TEMA CENTRAL

Fiebre amarilla

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Directora (e) Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte  
el historial de  
publicaciones  
del BES



Conozca más en  
[www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)

# BES

Boletín Epidemiológico Semanal



### Boletín epidemiológico semanal

**Autores:** Tema central: Nieves Johana Agudelo Chivatá. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz. **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. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Lady Alexandra Castillo Vargas, Claudia Marcela Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Lina Yessenia Lozano Lesmes. **Corrector de estilo:** Jaime Alberto Guerrero Montilla. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

Bogotá, D.C., Colombia, Instituto Nacional de Salud-INS, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública; publicación en línea/2026.

44# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.02>