

Tos ferina

La tos ferina reemerge como un evento prioritario de salud pública, que demanda vigilancia activa, coberturas de vacunación sostenidas y respuesta inmediata para reducir la morbilidad y mortalidad en poblaciones vulnerables.

Semana
epidemiológica

4 al 10 de enero del 2026


01





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

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

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

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

Pág.



TEMA CENTRAL

Comportamiento de la tos ferina a semana epidemiológica 53 del 2025, Colombia

Ximena Castro Martínez, xcastro@ins.gov.co

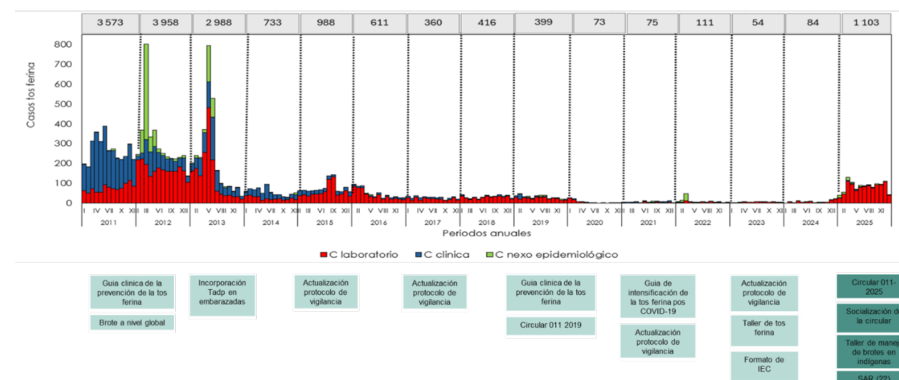
Importancia de la tos ferina en la vigilancia en salud pública

La tos ferina continúa siendo un evento de interés en salud pública debido a su elevada transmisibilidad, impacto en poblaciones vulnerables y dependencia de las coberturas de vacunación para su control. La infección por *Bordetella pertussis* representa un riesgo significativo para lactantes menores, especialmente en contextos de inequidades sociales y limitaciones en el acceso a los servicios de salud, lo que refuerza la necesidad de una vigilancia epidemiológica sensible, oportuna y articulada con las acciones de inmunización (1,2).

Tendencia de casos confirmados de tos ferina, Colombia 2011-2025p

En Colombia, la serie temporal evidencia ciclos epidémicos con incrementos periódicos de casos confirmados de tos ferina, destacándose un aumento marcado durante 2012 y 2013, con un pico máximo en el periodo epidemiológico III del 2012, cuando se notificaron cerca de 800 casos. En estos dos años, la confirmación acumulada superó los 3 000 casos. Posteriormente, entre el 2020 y el 2024, el número anual de casos confirmados no superó los 100 casos, manteniéndose una baja incidencia a nivel nacional (figura 1).

Figura 1. Línea de tiempo de casos confirmados de tos ferina, 2011 al 2025p, Colombia



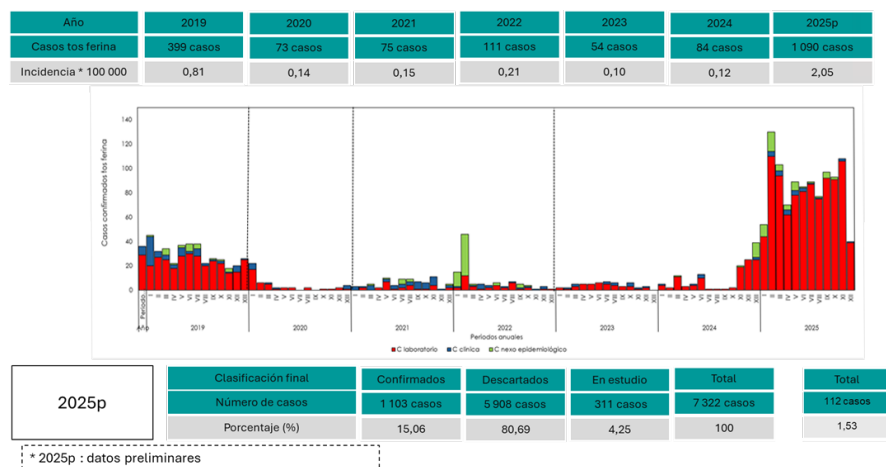
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En contraste, durante el 2025 se registró un incremento significativo de casos en comparación con el periodo 2019-2024; mientras que en 2019 se notificaron 399 casos, con una incidencia de 0,81 por 100 000 habitantes, a la semana epidemiológica 53 del 2025 (información preliminar) se confirmaron 1 103 casos, de los cuales 1 090 correspondieron a casos procedentes de Colombia y 13 a casos importados, alcanzando una incidencia de 2,05 casos por 100 000

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

habitantes (figura 2). Este comportamiento es consistente con un escenario de reemergencia de la tos ferina en el país.

Figura 2. Línea de tiempo de casos confirmados de tos ferina, 2019 al 2025p, Colombia



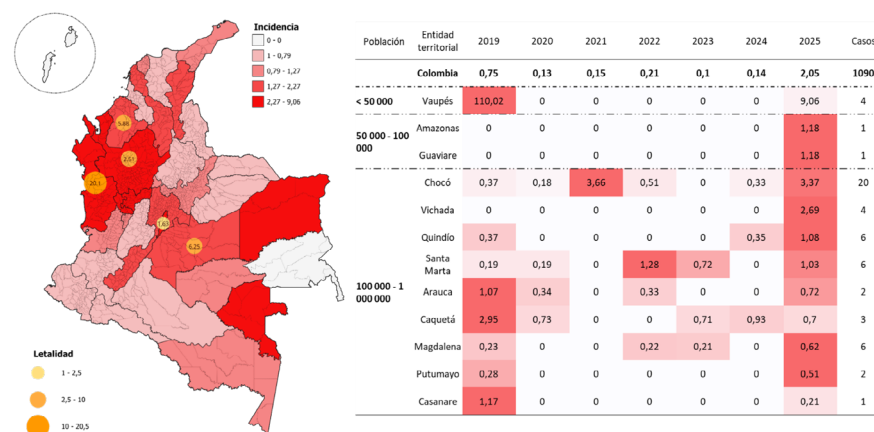
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

Incidencia acumulada por departamento y municipio de procedencia, Colombia

La incidencia acumulada por departamento muestra una distribución heterogénea, con concentraciones territoriales que evidencian diferencias en la transmisión y en la capacidad de detección de casos. En población entre 100 000 y 1 000 000 de habitantes las mayores incidencias ocurrieron en Chocó con 20 casos y una incidencia de 3,37 casos por cada 100 000 habitantes y Vichada con 4 casos y una incidencia de 2,69 casos por cada 100 000 habitantes (figura 3).

En poblaciones con más de 1 000 000 de habitantes las mayores incidencias se concentraron en Cartagena de Indias D. T. con 45 casos y una incidencia de 4,45 casos por cada 100 000 habitantes, seguido de Antioquia con 279 casos (4,03 casos por cada 100 000 habitantes) y Bogotá D. C. con 306 casos (3,85 casos por cada 100 000 habitantes).

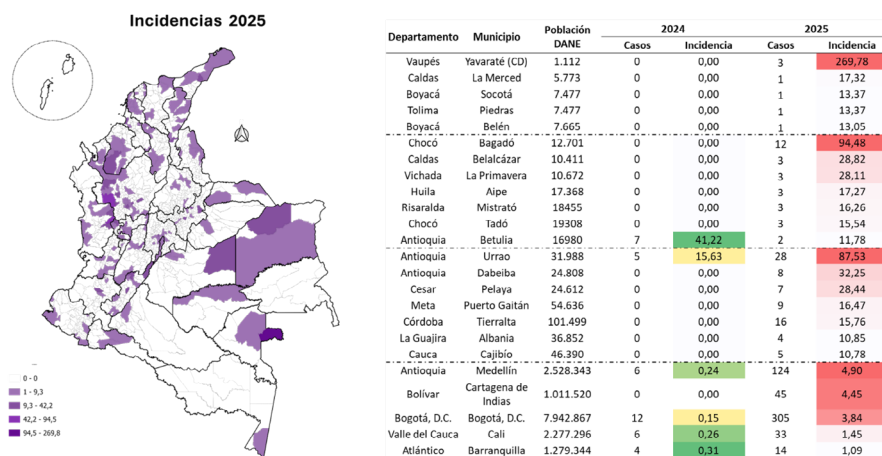
Figura 3. Comparación de la incidencia acumulada de tos ferina por departamento de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 53, 2019 al 2025p



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

En poblaciones con menos de 10 000 habitantes la incidencia más alta se presentó en Yavaraté (Vaupés) con 269,78 casos por cada 100 000 habitantes (3 casos), en poblaciones entre 10 000 – 20 000 habitantes lideraron Bagadó (Chocó) con una incidencia de 94,48 casos por cada 100 000 habitantes (16 casos) y Belalcázar (Caldas) con 28,82 casos por cada 100 000 habitantes (3 casos) (figura 4).

Figura 4. Comparación de la incidencia acumulada de tos ferina por departamento de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 53, 2019 al 2025p



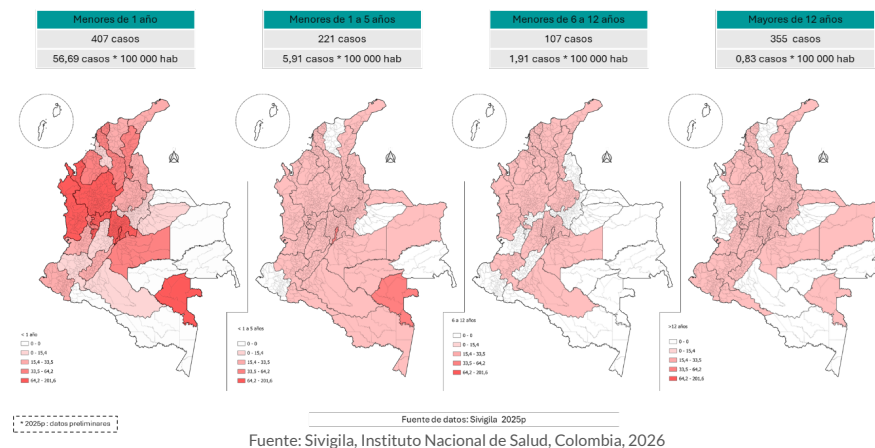
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

Incidencia y muertes por grupos de edad en Colombia, a semana epidemiológica 53 del 2025p

Los menores de un año siguen presentando la mayor carga de enfermedad, con 407 casos y una incidencia de 56,69 por 100 000 habitantes, seguidos por el grupo de 1 a 5 años (5,91 por 100 000). Los mayores de 12 años presentan la menor incidencia (0,83 por 100 000). Este patrón confirma la mayor vulnerabilidad de los lactantes y niños pequeños frente a la tos ferina (figura 5).

Para el 2025 se han relacionado 19 fallecimientos a la enfermedad, el 66,7 % (12 casos) fueron hombres, el 78,9 % (15 casos) sin esquema de vacunación para tos ferina, el 52,6 % (10 casos) indígenas y el 94,7 % (18 casos) menores de 1 año.

Figura 5. Georreferenciación de la incidencia de tos ferina (por 100 000 habitantes) por grupo de edad y departamento de procedencia en Colombia semana epidemiológica 53 del 2025p



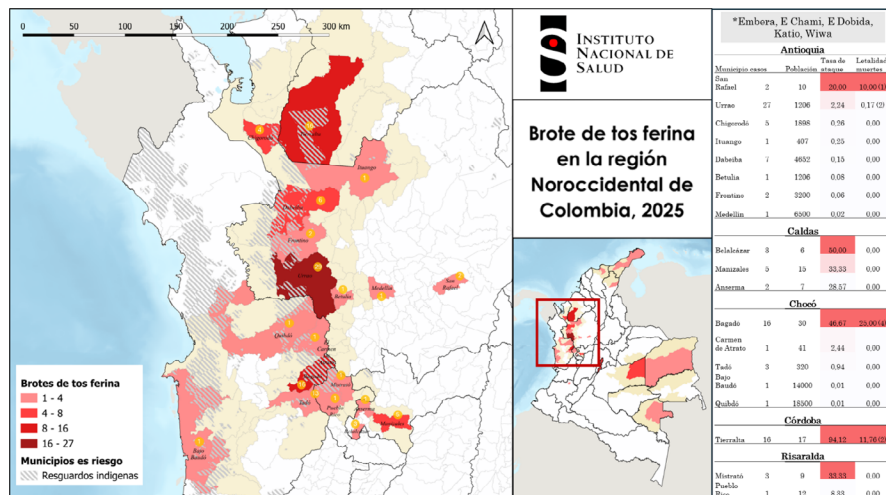
Brotos de tos ferina

Durante el 2025 se identificaron múltiples brotes, distribuidos en diferentes entidades territoriales, lo que confirma transmisión sostenida. Estos brotes se concentran en territorios con dificultades de acceso y alta movilidad poblacional.

En la actualidad se han confirmado 135 casos de etnia indígena, actualmente hay brotes activos en la región noroccidental de Colombia, con municipios como San Rafael (1 caso), Chigorodó (5 casos), Ituango (1 caso), Dabeiba (7 casos) y Frontino (2 casos) de Antioquia, Bagadó (16 casos) y Bajo Baudó (1 caso) en Chocó y Tierralta (16 casos) de Córdoba y Mistrató (1 caso) en Risaralda (figura 6).

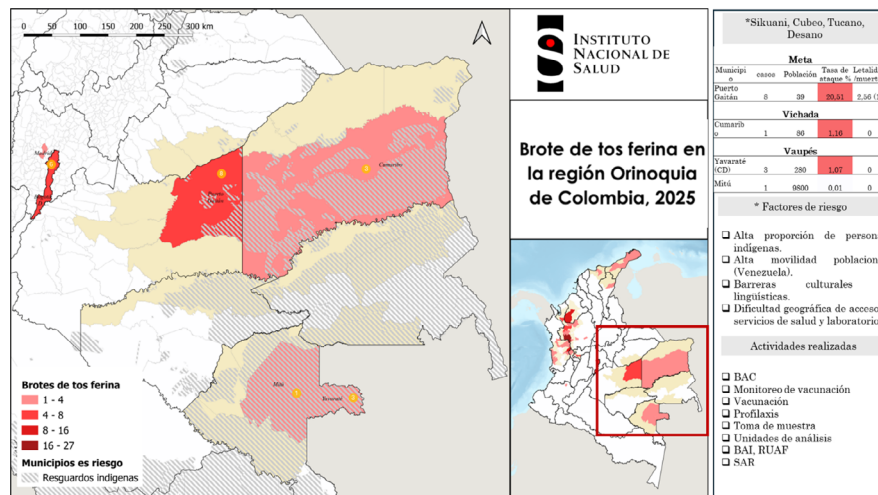
También hay brotes activos en la región Caribe nororiental en Cesar y La Guajira y la región de Orinoquia en Vaupés (figura 7 y 8).

Figura 6. Brote de tos ferina en la región Noroccidental de Colombia, 2025



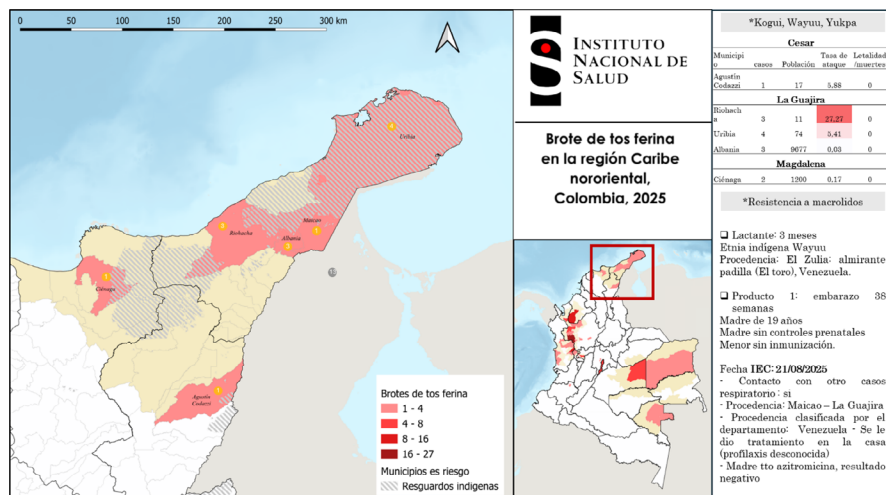
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

Figura 8. Brote de tos ferina en la región Orinoquia de Colombia, 2025



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

Figura 7. Brote de tos ferina en la región Nororiental de Colombia, 2025



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

Conclusiones

- En el 2025 se evidencia un incremento significativo de casos confirmados de tos ferina en Colombia, alcanzando la mayor incidencia registrada desde 2012, lo que sugiere un escenario de reemergencia del evento.
- La transmisión presenta un comportamiento heterogéneo, con concentraciones territoriales y conglomerados activos, especialmente en grandes centros urbanos y departamentos con población dispersa.
- Los menores de 1 año continúan siendo el grupo más afectado, con las tasas de incidencia más altas y la mayor letalidad, asociadas principalmente a ausencia o incompletitud del esquema de vacunación.
- La mortalidad por tos ferina se concentra en lactantes pequeños, predominantemente no vacunados y pertenecientes a poblaciones indígenas, evidenciando inequidades en el acceso a la atención y la prevención.

Recomendaciones

Incrementar la cobertura de vacunación:

- Implementando campañas focalizadas en áreas de baja cobertura.
- Priorizando la vacunación en menores de un año y comunidades indígenas.

Vigilancia en salud pública

- Reforzar la sospecha clínica temprana de tos ferina en todos los niveles de atención, especialmente en lactantes.
- Garantizar respuesta rápida a brotes mediante SAR y seguimiento territorial.

Fortalecer la vigilancia basada en la comunidad

- Promoviendo la participación de líderes locales y trabajadores de salud.
- Aumentando la proporción de casos con investigación epidemiológica de campo de calidad.

Bibliografía

1. Texas Department of State Health Services. Alerta de salud pública: aumento de casos de tosferina [Internet]. Austin, TX: Texas Department of State Health Services; [citado 2026 ene 13]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-12-2025-ops-renueva-llamado-cerrar-brechas-vacunacion-ante-resurgimiento-tosferina>
2. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica: Tosferina (Coqueluche) en la Región de las Américas - 8 de diciembre del 2025 [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2028 dic 08 [citado 2026 ene 13]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-8-diciembre-2025>

SITUACIÓN NACIONAL

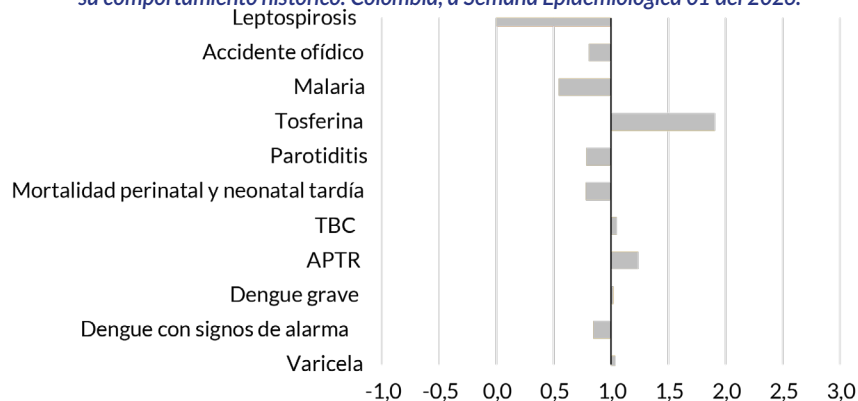
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 periodo epidémico que podría sesgar los resultados.

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

Para la semana epidemiológica 01 del 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 9. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 01 del 2026.



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

*TBC: Tuberculosis

**APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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 01 del 2026, los eventos zika y mortalidad por dengue se encuentra por encima de lo esperado, mientras que los eventos leishmaniasis cutánea y mucosa se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 01 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	10	1	0,00
Mortalidad por dengue	11	4	0,01
Leishmaniasis cutánea	13	218	0,00
Leishmaniasis mucosa	1	7	0,00
Lepra	2	3	0,18
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	3	0,18
Chicungunya	1	1	0,37

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

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

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 01 del 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	3 152	2 872	1,50	0,13

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.

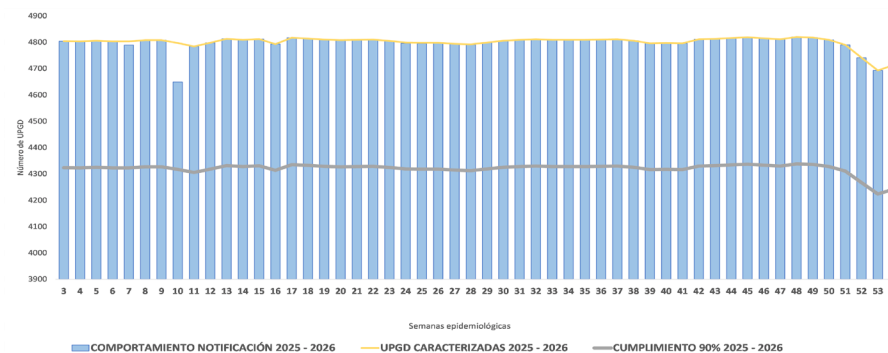
Para esta semana epidemiológica la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 01 del año 2025. Para esta semana 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 01 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 % (4 714 / 4 714); observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y un incremento 0,47 % con respecto a la semana epidemiológica 01 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 4 243 UPGD para la semana analizada (figura 10).

Figura 10. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, a Semana Epidemiológica 01 del 2026



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

Para el análisis de los datos se establecieron los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica analizada. Para esto, se comparó el número de casos observados acumulados en cada clase de mortalidad (infección respiratoria aguda, por desnutrición aguda y enfermedad diarreica aguda) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 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.

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

A semana epidemiológica 01 del 2026, se han notificado cinco muertes probables en menores de cinco años: dos por infección respiratoria aguda (IRA), una por desnutrición (DNT) aguda y dos por enfermedad diarreica aguda (EDA). Todos los casos son población residente en Colombia y se encuentran en estudio.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 01 del 2026 se han notificado dos muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, las cuales se encuentran en estudio. Para el 2025, a semana epidemiológica 01 de confirmaron siete casos, 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 01 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 01 del 2026 se ha notificado una muerte probable en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda la cual se encuentra en estudio. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 01 fue de dos, 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 01 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 01 del 2026 se han notificado dos 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 01 fue de dos 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 01 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 definiciones¹:

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 01 del año 2026 se notificaron al Sivigila cuatro casos: tres muertes maternas tempranas y una muerte materna coincidente, residentes en territorio colombiano (tabla 3).

Tabla 3. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 01, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	6	5	2	13
2024	6	4	3	13
2025p	3	1	1	5
2026p	3	0	1	4

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en tres entidades territoriales: Antioquia, Caquetá 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) y Candelaria (Valle del Cauca) respectivamente. En el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos de este evento (tabla 5).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a la semana epidemiológica 01 del año 2026, el 100 % corresponde a causas directas, trastorno hipertensivo asociado al embarazo (tabla 6).

Tabla 4. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 01, 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 01	Acumulado de casos a SE 01	
		2025	2026
Colombia	6	3	3
Antioquia	1	0	1
Caquetá	0	0	1
Valle del Cauca	0	0	1
Bogotá	1	1	0
Bolívar	0	0	0
Cali	0	0	0
Cauca	0	0	0
Cesar	1	1	0
Chocó	0	0	0
Córdoba	0	0	0
Cundinamarca	0	1	0
La Guajira	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 01 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 01	Valor observado SE 01
Colombia	6	3
Nechí (Antioquia)	0	1*
Florencia (Caquetá)	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 01 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 01	Número de casos y proporción a SE 01 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	5	6	100	3	100	3	100
DIRECTA	3	3	50,0	3	100,0	3	100,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	2	2	33,3	2	66,7	3	100,0
Sepsis obstétrica	1	1	16,7	0	0,0	0	0,0
Evento tromboembólico como causa básica	1		0,0	1	33,3	0	0,0
INDIRECTA	2	3	50,0	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas	1	1	16,7	0	0,0	0	0,0
Sepsis no obstétrica	1	1	16,7	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	16,7	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 vida¹. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia ($n \leq 30$ acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson, y para los departamentos y distritos con alta frecuencia ($n > 30$ acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 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 perinatal².

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

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

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

A semana epidemiológica 01 del 2026 se han notificado 95 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 94 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. Cundinamarca, Boyacá y Córdoba. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 01 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Boyacá, Cartagena de Indias D. T., La Guajira y Huila (tabla 7).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 53,2 %, seguido de neonatales tardías con 24,5 %, las neonatales tempranas con 16,0 % y fetales intraparto con 6,4 %.

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 8). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 01 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 01, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 01	Acumulado de casos a SE 01	
		2025	2026
Colombia	143	93	94
Bogotá D. C.	13	9	16
Antioquia	15	14	11
Barranquilla D. E.	6	3	9
Cundinamarca	7	4	7
Boyacá	2	1	5
Córdoba	6	7	5
Santiago de Cali D. E.	5	3	4
Santander	5	4	4
Valle del Cauca	6	3	4
Caldas	3	4	3
Arauca	1	0	2
Caquetá	1	1	2
Cartagena de Indias D. T.	6	6	2
Cesar	3	0	2
Meta	3	3	2
Nariño	5	4	2
Norte de Santander	4	1	2
Quindío	1	1	2
Vichada	1	0	2
Chocó	3	2	1
La Guajira	11	6	1
Huila	5	1	1
Magdalena	3	4	1
Putumayo	2	0	1
Risaralda	1	1	1
Santa Marta D. T.	1	0	1
Tolima	4	2	1
Amazonas	1	0	0
Atlántico	5	1	0
Bolívar	3	0	0
Buenaventura D. E.	2	2	0
Casanare	2	0	0
Cauca	4	2	0
Guainía	0	0	0
Guaviare	0	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	0
Sucre	3	2	0
Vaupés	0	0	0

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

Tabla 8. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 01, 2024-2026.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 01, 2024 -2026					
	2024 a SE 01	(%)	2025 a SE 01	(%)	2026 a SE 01	(%)
Colombia	127	100,0	93	100,0	94	100,0
Asfixia y causas relacionadas	31	24,4	27	29,0	17	18,1
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	21	16,5	8	8,6	13	13,8
Prematuridad-inmadurez	16	12,6	16	17,2	12	12,8
Causas no específicas	4	3,1	6	6,5	11	11,7
Sin información	0	0,0	3	3,2	10	10,6
Malformación congénita	11	8,7	8	8,6	9	9,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	17	13,4	8	8,6	7	7,4
Infecciones	11	8,7	8	8,6	7	7,4
Otras causas de muerte	10	7,9	5	5,4	6	6,4
Trastornos cardiovasculares	6	4,7	3	3,2	2	2,1
Lesión de causa externa	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Convulsiones y trastornos neurológicos	0	0,0	0	0,0	0	0,0

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



**EVENTOS
TRAZADORES**

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 01 del 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.

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

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una variación porcentual negativa en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa, urgencias 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 9).

Tabla 9. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, Semanas Epidemiológicas 47 a 53 del 2025 y SE 01 del 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 47 a SE 50 2025	SE 51 2025 a SE 01 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	509 843	455 063	-10,74%	
Hospitalización en sala general	21 856	22 342	2,22%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 538	2 770	9,14%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 01 del 2026 se notificaron 121 455 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 Magdalena y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Arauca, Buenaventura D. E., Caquetá, Guainía, Guaviare, Huila y Vichada. Las 28 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 (51 a 53 del 2025 y 01 del 2026) en nueve municipios (tabla 10).

Tabla 10. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, Semanas Epidemiológicas 50 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026

Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Bello	849	1 701	5 300	6 347
Antioquia	Itagüí	882	1 626	5 621	6 323
Atlántico	Soledad	1 122	1 356	5 557	5 626
La Guajira	Maicao	378	690	2 920	4 743
Cundinamarca	Soacha	642	1 174	4 079	4 659
Antioquia	Rionegro	575	989	2 505	3 550
Cundinamarca	Chia	758	854	3 265	3 347
Antioquia	Envigado	314	934	2 069	3 091
La Guajira	Uribia	233	526	2 606	2 925
Valle del Cauca	Palmira	390	614	1 809	2 279
Risaralda	Dosquebradas	228	509	1 663	1 926
Santander	Floridablanca	279	479	1 461	1 913
Santander	Barrancabermeja D. E.	266	468	1 276	1 723
Magdalena	Ciénaga	238	548	1 469	1 646
Córdoba	Cereté	233	376	481	1 395
Cundinamarca	Zipaquirá	228	384	1 312	1 355
Boyacá	Duitama	322	386	1 826	1 338
Valle del Cauca	Yumbo	238	342	891	1 321
Bolívar	Magangué	228	441	1 037	1 262
Córdoba	Sahagún	158	361	1 559	1 257
Valle del Cauca	Cartago	240	423	1 208	1 251
Antioquia	Apartadó	140	433	1 092	1 209
Boyacá	Sogamoso	184	356	1 095	1 148
Cundinamarca	Girardot	293	343	1 247	1 058
Antioquia	Turbo	152	324	818	1 014
Valle del Cauca	Tuluá	415	488	1 012	1 008
Norte de Santander	Ocaña	208	281	1 016	952
Córdoba	Lorica	102	295	936	906
Cundinamarca	Facatativá	162	197	1 377	831
Cundinamarca	Madrid	167	183	863	772
Cundinamarca	Funza	457	183	711	660
Santander	Piedecuesta	75	160	455	632
Cesar	Aguachica	66	190	852	600
Casanare	Yopal	110	177	827	593
Atlántico	Malambo	50	146	446	501
Huila	Pitalito	92	148	861	486
Norte de Santander	Villa del Rosario	107	120	631	466
Cauca	Santander de Quilichao	122	129	721	464
Cundinamarca	Mosquera	45	143	381	430
Cauca	Guapi	115	104	153	385
Santander	Girón	76	63	341	352
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	70	96	765	335
Nariño	La Florida	9	18	39	40

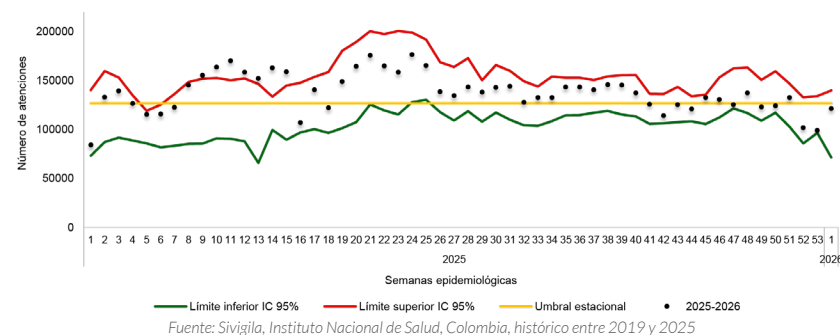
*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (51 a 53 del 2025 y 01 del 2026), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 16,6 % (131 508) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 11,6 % (63 005). 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 11,8 % y los menores de dos a cuatro años con el 9,9 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 se mantuvieron dentro de lo esperado; entre las semanas epidemiológicas 09 a 15 hubo un incremento que superó el límite superior; posteriormente de las semanas 16 a la 53 las atenciones en consulta externa y urgencias se ubican dentro de los límites esperados, siguiendo la misma tendencia en semana 01 de 2026 (figura 11).

Figura 11. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026



Hospitalizaciones por IRA en sala general

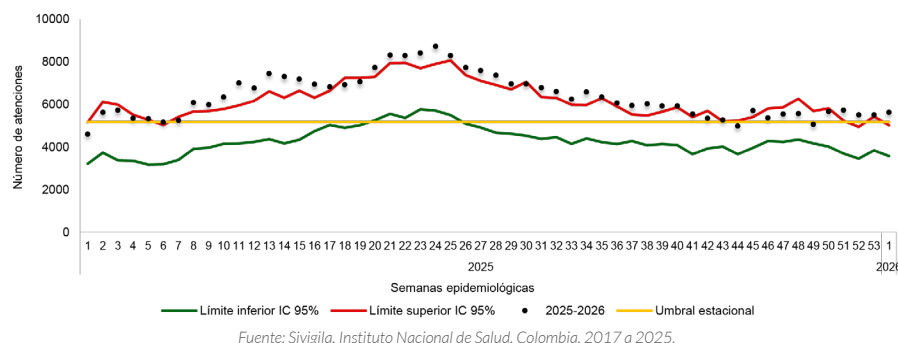
En la semana epidemiológica 01 del 2026 se notificaron 5 626 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali D. E., Chocó, Guainía y Putumayo e incremento en Amazonas, Arauca, Barranquilla D. E., Boyacá, Caquetá, Cartagena de Indias D.T., Cauca, Córdoba, Guaviare, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés. En las 19 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (51 a 53 del 2025 y 01 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 595) representaron el 45,1 %, seguido de los menores de un año con el 18,7 % (3 158). 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 24,9 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,0 %.

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 del 2026 se observa tendencia al incremento (figura 12).

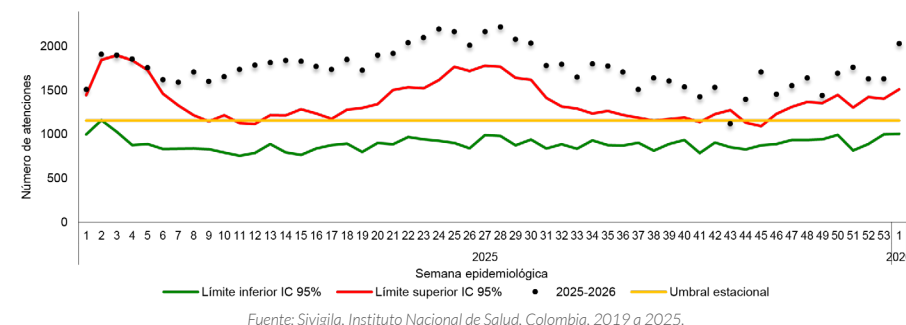
Figura 12. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026



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

En la semana epidemiológica 01 del 2026, se notificaron 2 033 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 01 del 2026 (figura 13).

Figura 13. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, Semanas Epidemiológica 01 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026



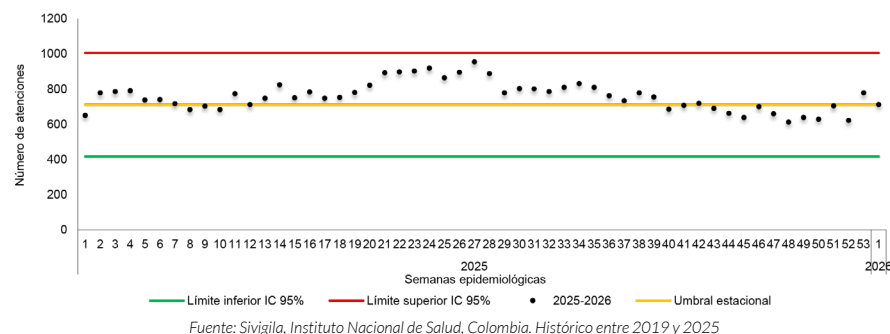
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 01 del 2026 se notificaron 712 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Chocó, Norte de Santander, Córdoba, Tolima y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Caquetá, Casanare, Guaviare y Nariño. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (51 a 53 del 2025 y 01 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 85,5 % (1 146), seguido de los menores de un año con el 40,2 % (552) 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 19,8 %, seguido de los niños de un año con el 15,9 %.

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 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 45 y 53, en las que nuevamente se registran cifras superiores a dicho umbral. Finalmente, en la semana epidemiológica 01 del 2026 se observa un nuevo descenso, manteniéndose los valores por encima del umbral estacional (figura 14).

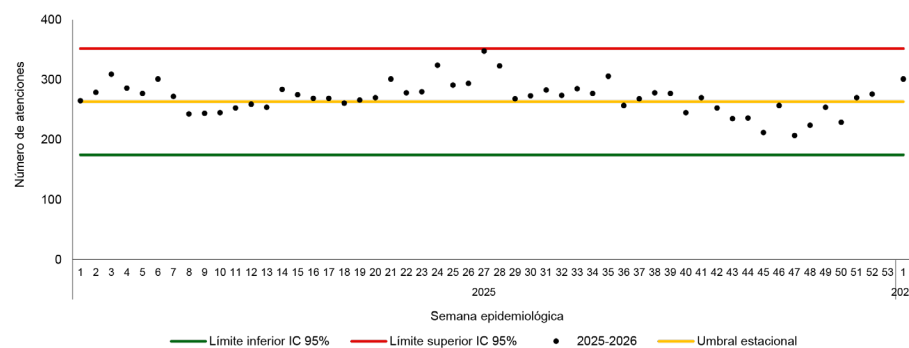
Figura 14. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026



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

En la semana epidemiológica 01 del 2026, se notificaron 301 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 15).

Figura 15. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, Semana Epidemiológica 01 a 52 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026



Durante las semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y 01 de 2026 se observó una variación porcentual negativa en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa y urgencias; 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 01 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 salud¹.

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.

¹ 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.



- 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 01 del 2026, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, para influenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un incremento general de la positividad influenza A, 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 11). 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.

Tabla 11. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, Semanas Epidemiológicas 47 del 2025 a semanas epidemiológica 01 del 2026

Agente viral identificado	SE 47 a SE 50			SE 51 a SE 01			*Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	51,8	59,5	37,2	62,0	68,6	51,8	
Rinovirus	14,0	12,8	8,6	15,3	16,5	7,0	
VSR	20,7	28,7	5,7	20,1	29,3	4,7	
Enterovirus	6,7	6,9	8,6	5,6	4,9	7,0	
Adenovirus	6,7	8,0	-	5,6	7,3	-	
Influenza B	0,7	-	-	0,7	0,6	-	
Influenza A	11,0	4,3	31,4	19,0	10,4	41,8	
Parainfluenza	13,3	16,5	11,4	11,2	14,6	-	
Metapneumovirus	6,7	9,0	5,7	7,5	7,3	9,3	
A(H1N1)pdm09	10,7	4,3	22,9	7,5	3,7	18,6	
SARS-CoV2	3,3	3,7	5,7	2,2	1,8	2,3	
A(H3N2)	2,7	2,7	-	3,4	1,8	4,7	
Coronavirus	3,7	3,2	-	1,9	1,8	4,7	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025.
Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.
*Se muestra la variación con significancia estadística

COVID-19

Metodología

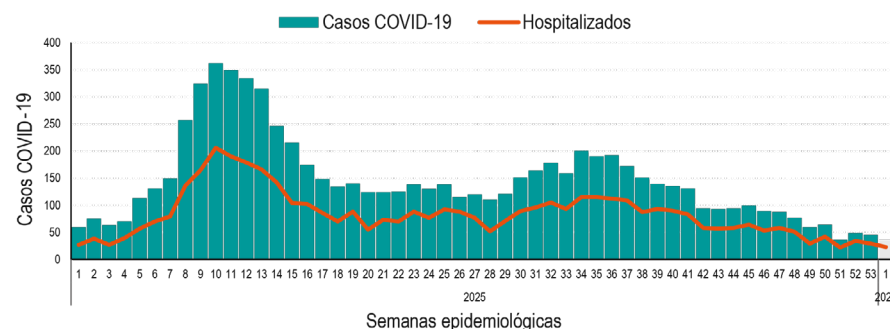
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 01 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 10 de enero de 2026 (semana epidemiológica 01) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al SIVIGILA un total de 37 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (51 a 53 del 2025 y 01 del 2026), se ha observado una disminución del 42,2 %, con 166 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semana epidemiológica 47 a 50 del 2025), en el cual se reportaron 287 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 40,0 % pasando de 180 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 108 casos en el periodo analizado (figura 16).

Figura 16. Comportamiento de COVID-19. Colombia, Semana Epidemiológica 01-53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026



Fuente: SIVIGILA, 2025. SE: 01 a 53 de 2025 y SE 01 de 2026

*SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 51 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026), se registró una incidencia de 0,31 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 26 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 64 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semana epidemiológica 47 a 50 del 2025), se evidencia un aumento en la notificación de COVID-19 a nivel departamental en Boyacá y Cauca y a nivel municipal en Duitama (Boyacá), Popayán (Cauca) y Túquerres (Nariño).

Entre el periodo anterior (semana epidemiológica 47 a 50 del 2025) y actual (semanas epidemiológicas 51 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026) se evidenció 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 (-74,2 %), seguido de 5 a 9 años (-73,3 %) y 10 a 19 años (-61,5 %), en menores de 1 año, la reducción fue del 42,7 %, pasando de 82 a 47 casos (tabla 12).

Tabla 12. Comportamiento de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (47 del 2025 a 01 del 2026)

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 47-50	SE 51-53 2025, SE 01 2026		
Menor de un año	82	47	-42,68	
1 año	17	14	-17,65	
2 a 4 años	15	11	-26,67	
5 a 9 años	15	4	-73,33	
10 a 19 años	13	5	-61,54	
20 a 29 años	16	13	-18,75	
30 a 39 años	31	8	-74,19	
40 a 49 años	15	8	-46,67	
50 a 59 años	23	10	-56,52	
60 a 69 años	20	21	5,00	
70 a 79 años	27	14	-48,15	
80 a 89 años	9	9	0,00	
90 a 99 años	4	2	-50,00	
Mayor a 100 años	0	0	-	
Total	287	166	-42,16	

Fuente: SIVIGILA, SE:47-53 de 2025 y SE 01 de 2026

Durante 2026, en Colombia no se han reportado fallecimientos relacionados con la enfermedad.

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 01 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 evento¹:

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

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de dengue. Versión 4. 20 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/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 01 del 2026 se notificaron 1 860 casos de dengue, que según clasificación clínica se distribuyeron así: 1 139 (61,3 %) sin signos de alarma, 700 (37,6 %) con signos de alarma y 21 (1,1 %) de dengue grave.

El 50,6 % (941) de los casos a nivel nacional proceden de Cesar, Meta, Cartagena de Indias D. T., Norte de Santander, Tolima, Santander y Barranquilla D.E.

Tabla 13. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 01 del 2026.

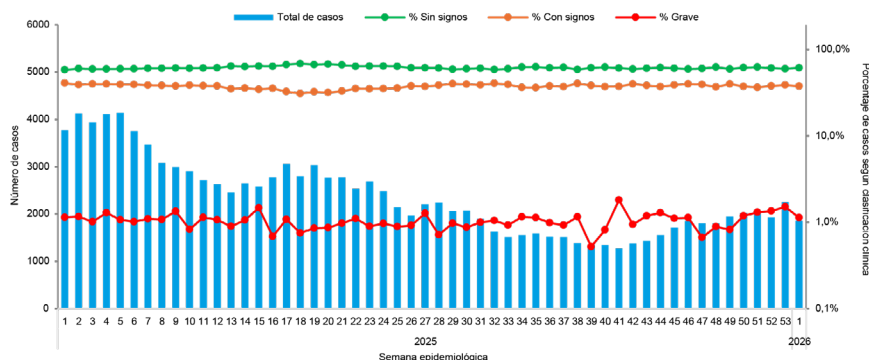
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 46-49 de 2025)	Observado (SE 50-53 de 2025)
Cesar	191	56,5	0,0	511	607
Meta	151	30,5	1,3	495	616
Cartagena de Indias D. T.	148	22,3	2,0	857	993
Norte de Santander	127	38,6	1,6	514	578
Tolima	114	37,7	1,8	271	353
Santander	108	34,3	0,0	570	555
Barranquilla D. E.	102	37,3	1,0	392	510
Santa Marta D. T.	91	40,7	0,0	544	554
Atlántico	87	40,2	1,1	445	397
La Guajira	78	53,8	2,6	335	331
Bolívar	70	32,9	2,9	375	394
Córdoba	64	48,4	0,0	273	308
Antioquia	57	35,1	0,0	301	327
Magdalena	57	64,9	0,0	340	358
Cundinamarca	55	41,8	3,6	108	134
Huila	51	25,5	3,9	61	105
Valle del Cauca	43	25,6	0,0	212	201
Guaviare	42	14,3	0,0	16	45
Putumayo	34	8,8	0,0	67	65
Sucre	33	45,5	3,0	111	171
Santiago de Cali D. E.	32	31,3	3,1	145	156
Chocó	23	34,8	0,0	67	59
Amazonas	19	10,5	0,0	30	54
Arauca	16	62,5	0,0	89	84
Casanare	14	21,4	0,0	35	47
Risaralda	9	55,6	0,0	16	39
Quindío	8	0,0	0,0	61	42
Nariño	7	28,6	0,0	52	33
Caquetá	6	33,3	0,0	28	28
Cauca	5	80,0	0,0	27	20
Exterior	5	0,0	0,0	12	20
Boyacá	4	50,0	0,0	22	49
Caldas	4	50,0	0,0	7	10
Vichada	3	0,0	0,0	6	13
Vaupés	2	0,0	0,0	7	20
Buenaventura D. E.	0	0,0	0,0	8	4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0,0	0,0	2	3
Guainía	0	0,0	0,0	1	2
Colombia	1 860	37,6	1,1	7 413	8 285

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 50 a 53 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 46 a 49 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Barranquilla D.E., Boyacá, Casanare, Guaviare, Huila, Risaralda, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada; Nariño y Quindío presentan una tendencia al descenso superior al 30,0%; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 13).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39 % a nivel nacional (figura 17); 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 50 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026) fueron: Cesar, Magdalena, Nariño, Risaralda, Sucre, La Guajira y Vichada.

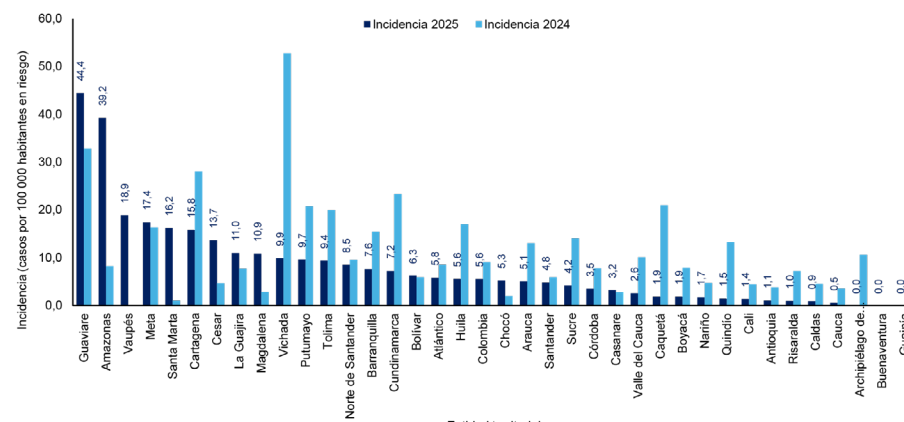
Figura 17. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. Colombia, Semanas Epidemiológicas 2025-2026.



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

A semana epidemiológica 01 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 5,6 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 9,0 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, Amazonas, Vaupés y Meta presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 01 del 2026 registrando tasas superiores a 17 casos por 100 000 habitantes (figura 18). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 10,5 casos por 100 000 habitantes (figura 18).

Figura 18. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 01 del 2025- 2026.



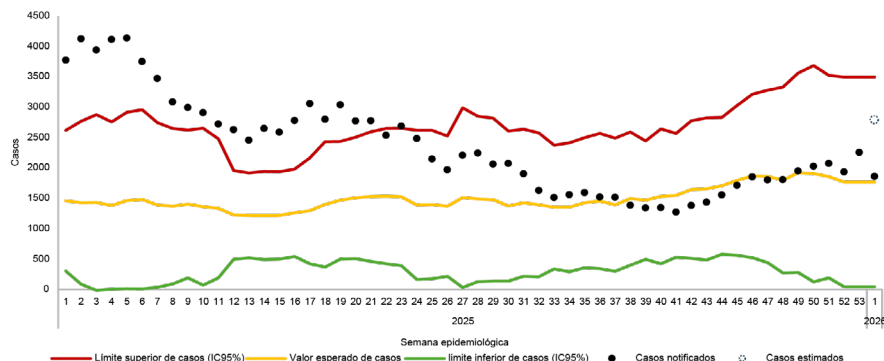
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 01 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 11,8 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 50 a 53 del 2025) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 46 a 49 del 2025) (figura 19).

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 14).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 01 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 8,0 % (66) 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 15,8 % (9/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 15).

Figura 19. Canal endémico de dengue. Colombia, 2025-2026p.



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

Tabla 14. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 01 del 2026.

Situación epidemiológica a SE 01, 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

Tabla 15. 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 01 del 2026.

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado (SE 46-49, 2025)	Observado (SE 50-53, 2025)
Antioquia	Bello	0,0	0	8	9
	Itagüí	0,4	1	4	10
Bolívar	Cartagena de Indias D. T.	14,0	148	857	993
Cesar	Valledupar	15,8	87	181	256
Santa Marta D. T.	Santa Marta D. T.	16,5	91	544	554
Magdalena	Ciénaga	2,4	3	59	27
Meta	Villavicencio	21,8	111	346	459
Santander	Barrancabermeja D. E.	12,1	26	67	91
Arauca	Arauca	0,0	0	16	16

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

En la semana epidemiológica 01 del 2026, se notificaron 11 muertes probables por dengue las cuales se encuentran en estudio. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,00 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 11 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,16 %) (tabla 16).

25

Tabla 16. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia. Colombia, a Semana Epidemiológica 01, 2025-2026.

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 52, 2026	Letalidad por dengue a SE 52, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	0	2	0,00	0,00
Meta	0	2	0,00	0,00
Risaralda	0	2	0,00	0,00
Barranquilla D. E.	0	1	0,00	0,35
Bolívar	0	1	0,00	0,00
Córdoba	0	1	0,00	0,37
Norte de Santander	0	1	0,00	0,00
Tolima	0	1	0,00	0,00
Colombia	0	11	0,00	0,16

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

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

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

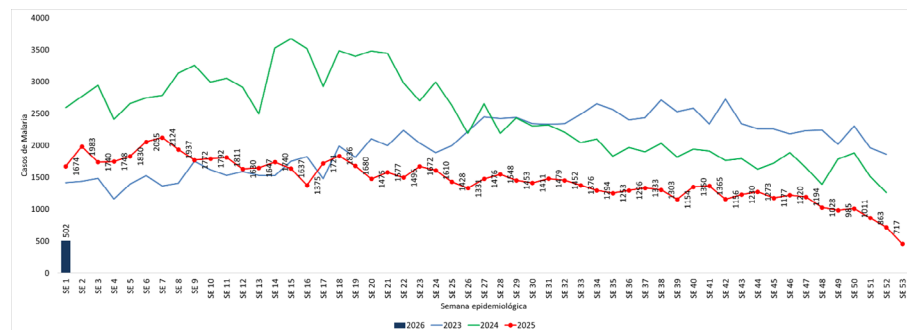
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/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 20).

Figura 20. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semanas epidemiológica 01 del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 01 del 2026 se notificaron 502 casos de malaria, de los cuales 489 son de malaria no complicada y 13 de malaria complicada. predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 79,5 % (399), seguido de *Plasmodium falciparum* con 19,9 % (100) e infección mixta con 0,6 % (3). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 95,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (21,9 %), Antioquia (17,6 %), Córdoba (12,3 %), Amazonas (10,8 %), Nariño (8,4 %), Guainía (5,1 %), Bolívar (4,9 %), Meta (4,3), Vichada (2,9 %), Vaupés (2,2 %), Risaralda (2,0 %), Exterior (1,4 %) y Buenaventura D. E. (2,7 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 75,3 % de los casos son los que se muestran en la tabla 17.

Tabla 17. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 47 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 47 a 50	Casos 2025 SE 51 a 53, SE 01 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Córdoba	Tierralta	40	245	195	0,40
Guainía	Inírida	23	252	156	0,61
Amazonas	Tarapacá (CD)	22	90	63	5,03
Antioquia	El Bagre	21	181	95	0,37
Meta	Puerto Gaitán	18	152	104	0,39
Bolívar	Montecristo	16	61	67	0,87
Chocó	Bagadó	15	175	70	1,27
Chocó	Medio San Juan	13	48	63	1,11
Chocó	Istmina	12	65	54	0,35
Vichada	Puerto Carreño	12	92	52	0,53
Chocó	Quibdó	11	100	89	0,08
Amazonas	La Pedrera (CD)	11	196	74	2,59
Chocó	Medio Baudó	11	31	18	0,65
Vaupés	Mitú	10	107	53	0,41
Antioquia	Cáceres	10	49	26	0,32
Risaralda	Pueblo Rico	9	210	43	0,54
Nariño	Magüí	9	40	20	0,03
Córdoba	Puerto Libertador	9	47	36	0,20
Antioquia	Zaragoza	9	38	21	0,34
Nariño	El Charco	8	49	33	0,34
Chocó	Tadó	8	50	28	0,40
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	7	86	40	0,02
Chocó	Lloró	7	101	45	0,66
Antioquia	Nechí	7	34	49	0,25
Chocó	El Cantón del San Pablo	7	25	14	1,01
Antioquia	Turbo	6	41	21	0,04
Nariño	Roberto Payán	5	42	36	0,38
Nariño	Barbacoas	5	36	17	0,09
Antioquia	Mutató	5	26	21	0,33
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	4	27	29	0,01
Antioquia	Segovia	4	13	13	0,10
Norte de Santander	Tibú	4	51	25	0,06
Antioquia	San Pedro de Uraba	4	28	29	0,12
Chocó	Bajo Baudó	3	34	6	0,09
Antioquia	Chigorodó	3	73	30	0,05

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 75,3 % 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 57,1 % de los casos; de estos, se evidencia decremento en el municipio de Tierralta, Inírida, El Bagre, Tarapacá (CD), Puerto Gaitán, Bagadó, Puerto Carreño, La Pedrera (CD), El Encanto, Zaragoza, Puerto Libertador, Mitú, Cáceres y Pueblo Rico y en incremento el municipio de Montecristo (tabla 18). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 63,6 % En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de El Charco, Istmina, Magüi, Tadó, Tierralta, Medio Baudó, Turbo, Buenaventura, Lloró, Roberto Payán y El Cantón del San Pablo y en incremento el municipio de Medio San Juan y Tumaco como se muestra en la tabla 19.

Tabla 18. 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 01 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 47 a 50 de 2025	Casos SE 51 a 53 de 2025 y SE 01 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	203	173	-15 %	9,3 %
Guainía	Inírida	233	139	-40 %	5,4 %
Antioquia	El Bagre	151	93	-38 %	5,4 %
Amazonas	Tarapacá (CD)	71	55	-23 %	5,2 %
Meta	Puerto Gaitán	108	84	-22 %	4,1 %
Bolívar	Montecristo	60	67	12 %	4,1 %
Chocó	Bagadó	116	54	-53 %	3,4 %
Vichada	Puerto Carreño	92	52	-43 %	3,1 %
Amazonas	La Pedrera (CD)	196	74	-62 %	2,8 %
Amazonas	El Encanto	34	20	-41 %	2,8 %
Antioquia	Zaragoza	37	19	-49 %	2,3 %
Córdoba	Puerto Libertador	47	36	-23 %	2,3 %
Vaupés	Mitú	105	52	-50 %	2,3 %
Antioquia	Cáceres	49	23	-53 %	2,3 %
Risaralda	Pueblo Rico	187	40	-79 %	2,1 %

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

Tabla 19. 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 01 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 47 a 50 de 2025	Casos SE 51 a 53 de 2025 y SE 01 2026	Variación	% Aporte Nacional
Nariño	El Charco	44	27	-39 %	7,1 %
Chocó	Istmina	33	28	-15 %	7,1 %
Chocó	Medio San Juan	11	32	191 %	7,1 %
Chocó	Quibdó	48	48	0 %	6,1 %
Nariño	Magüi	35	11	-69 %	5,1 %
Chocó	Tadó	21	13	-38 %	4,0 %
Córdoba	Tierralta	41	21	-49 %	4,0 %
Chocó	Medio Baudó	9	6	-33 %	4,0 %
Antioquia	Turbo	12	7	-42 %	4,0 %
Buenaventura D. E.	Buenaventura D. E.	43	14	-67 %	3,0 %
Chocó	Lloró	20	10	-50 %	3,0 %
Nariño	Tumaco	3	6	100 %	3,0 %
Guainía	Inírida	14	17	21 %	2,0 %
Nariño	Roberto Payán	13	7	-46 %	2,0 %
Chocó	El Cantón del San Pablo	8	2	-75 %	2,0 %

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 01 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; siete departamentos presentan una situación de incremento y siete departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se observan 30 municipios en incremento y 502 municipios en decremento (tabla 20).

Tabla 20. Departamentos y municipios en situación de brote por malaria, análisis comparativo de comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 01 del 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 01 2025	Acumulado 2026	SE 01 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	1 671	55	23	23	26	50
Guainía	Inírida	5	1 981	36	23	23	115	193
Antioquia	El Bagre	5	2 465	64	21	21	82	104
Meta	Puerto Gaitán	4	708	0	18	18	7	122
Bolívar	Montecristo	5	1 035	22	16	16	38	56
Chocó	Medio San Juan	5	1 260	21	13	13	30	39
Vichada	Puerto Carreño	4	583	1	12	12	8	47
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	933	1	11	11	38	81
Antioquia	Cáceres	4	669	2	10	10	14	23
Antioquia	Nechí	5	957	24	7	7	14	39
Chocó	Belén de Bajirá	4	227	4	6	6	7	20
Antioquia	Segovia	4	752	9	5	5	25	33
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	72	1	3	3	1	7
Antioquia	Vigia del Fuerte	5	582	10	3	3	28	39
Antioquia	Frontino	4	303	4	2	2	8	13
Antioquia	Yondó	4	80	1	2	2	2	7
Guaviare	San José del Guaviare	5	669	9	2	2	22	32
Caquetá	Florencia	4	303	12	1	1	5	15
Putumayo	Puerto Leguizamó	4	67	0	1	1	1	9
Risaralda	La Virginia	4	132	1	1	1	1	3
Vaupés	Taraira	5	315	0	1	1	5	28
Amazonas	Mirítí - Paraná (CD)	4	68	1	0	0	2	6
Antioquia	Puerto Berrio	4	22	0	0	0	0	4
Antioquia	Necoclí	4	119	3	0	0	3	8
Arauca	Tame	4	26	0	0	0	1	3
Caquetá	Cartagena del Chairá	4	30	0	0	0	1	7
Guainía	San Felipe (CD)	4	20	1	0	0	0	3
Meta	Puerto Concordia	4	91	0	0	0	2	7
Meta	Puerto Rico	4	80	0	0	0	0	2
Risaralda	Mistrató	4	107	3	0	0	5	15

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 01 del 2026, se han notificado 329 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 327 corresponden a residentes en Colombia y 2 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (2 del 2025 a 1 del 2026) es de 0,65 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas

corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Arauca. Así mismo, se presenta comportamiento inusual de aumento en 10 municipios a nivel nacional (0,9 %), no se evidencian municipios en disminución (tabla 21).

El 81,4 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 18,7 % como desnutrición aguda severa. El 7,6 % 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 (27,8 %) y de 1 año (25,7 %). Según el área de residencia, el 69,7 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 01 del 2026, comparado con el promedio histórico, se observaron diferencias significativas de aumento en la notificación de casos en Antioquia, Valle del Cauca, Norte de Santander, Cartagena de Indias D. T., Huila, Bolívar, Santiago de Cali D. E., Nariño, Caldas, Santa Marta D. T., y el Archipiélago de San Andrés y Providencia, y de disminución del departamento de La Guajira; 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 6 municipios (tabla 22).

Tabla 21. Casos de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, Semana Epidemiológica 01, 2025-2026.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 01 de 2025	Casos a SE 01 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	198	327	0,65	0,9	0,0
La Guajira	19	18	2,53	0,0	0,0
Vichada	4	2	1,85	0,0	0,0
Chocó	10	14	1,62	0,0	0,0
Arauca	1	3	1,49	0,0	0,0
Guaviare	1	2	1,13	0,0	0,0
Vaupés	1	0	1,06	0,0	0,0
Magdalena	6	8	0,78	0,0	0,0
Casanare	2	3	0,76	0,0	0,0
Risaralda	9	3	0,74	0,0	0,0
Guainía	0	1	0,72	0,0	0,0
Amazonas	1	0	0,72	0,0	0,0
Nariño	10	10	0,71	1,6	0,0
Bogotá D. C.	18	39	0,70	0,0	0,0
Buenaventura D. E.	1	4	0,69	0,0	0,0
Cesar	22	11	0,67	8,0	0,0
Antioquia	22	52	0,66	2,4	0,0
Cundinamarca	14	19	0,61	0,0	0,0
Meta	4	3	0,61	0,0	0,0
Boyacá	3	9	0,61	0,8	0,0
Bolívar	4	10	0,59	0,0	0,0
Cartagena de Indias D. T.	8	11	0,59	100,0	0,0
Putumayo	2	4	0,57	0,0	0,0
Norte Santander	2	15	0,57	2,5	0,0
Huila	3	11	0,51	0,0	0,0
Tolima	1	7	0,51	2,1	0,0
Santiago de Cali D. E.	6	10	0,51	0,0	0,0
Caquetá	0	3	0,49	0,0	0,0
Valle del Cauca	5	17	0,46	0,0	0,0
Caldas	0	4	0,45	0,0	0,0
Santander	4	8	0,42	0,0	0,0
Atlántico	1	5	0,39	0,0	0,0
Córdoba	3	6	0,35	0,0	0,0
Sucre	4	2	0,33	0,0	0,0
Santa Marta D. T.	1	3	0,32	0,0	0,0
Barranquilla D. E.	2	4	0,31	0,0	0,0
Quindío	0	1	0,28	0,0	0,0
Cauca	4	4	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 2 de 2025 a SE 1 de 2026.

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

Tabla 22. 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 01 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín D. E.	12	18
Boyacá	Sogamoso	1	4
Cesar	Valledupar	2	5
Cesar	Aguachica	1	3
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	4	8
Norte de Santander	San José de Cúcuta	4	8

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>



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización de fiebre amarilla a nivel nacional, enero 13 del 2026

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos, lo que correspondió a una letalidad del 56,5 %. En el acumulado 2025-2026p a corte 13 de enero, se han notificado 2 249 casos de fiebre amarilla. De estos, 124 casos han sido confirmados con procedencia de Colombia y tres (3) casos corresponden a procedencia exterior: Venezuela: Estado Apure dos (2) casos y Estado Amazonas un (1) caso. Adicionalmente, se han descartado 2 118 casos. En este periodo se han registrado 51 fallecimientos, de los cuales 45* fueron confirmados como causa de muerte por fiebre amarilla, cinco (5) con causa de fallecimiento diferente a fiebre amarilla y un (1) caso en estudio, con una letalidad del 36,2 % (45/124) **.

En el acumulado de los años 2024, 2025 y 2026p se han registrado 147 casos confirmados de fiebre amarilla, la distribución geográfica de los casos confirmados acumulados del periodo 2024-2025-2026p corresponden a diez (10) departamentos:

- **Tolima (127 casos):** Ataco (27), Villarrica (22), Cunday (24), Prado (19), Chaparral (11), Rioblanco (8), Purificación (8), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1) y Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1) y Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 casos):** San Martín (1), Granada (1) y La Macarena (1).
- **Caquetá (2 casos):** Cartagena del Chairá (1) y El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú (1)
- **Caldas (1 caso):** Neira (1)
- **Cauca (1 caso):** Piamonte (1).
- **Huila (1 caso):** Campoalegre (1).
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare (1)

* 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.

- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1).

El último caso humano confirmado, es un masculino de 42 años, con ocupación agricultor, con aseguramiento Salud Total, con procedencia Chaparral, Tolima (vereda Santo Domingo), quien consulta inicialmente al Hospital Local y es remitido el 09/01/2026 al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, con FIS 03/01/2025, sin antecedente vacunal para fiebre amarilla. Resultado 13/01/2026 PCR fiebre amarilla positivo, PCR dengue negativo.

Se han confirmado 77 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 60 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 (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. Últimos casos confirmados el 03/01/2026, dos ejemplares del género Aouts spp, una hembra adulta y un neonato de sexo indeterminado, los cuales se encontraron en zona rural de la vereda San Buenaventura del municipio de Purificación, Tolima. A la fecha, 10 días sin confirmación del virus en PNH.

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

Focos de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) en aves, a nivel nacional. Enero 13 de 2026

Entre el 02 de diciembre del 2025 y el 13 de enero del 2026, en Colombia, se han notificado siete (7) focos de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) en aves domésticas de traspato, en el departamento de Sucre, municipio de Guaranda (3) y en el municipio de Majagual (3); y en el departamento de Magdalena, municipio El Retén (1).

El Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) realizó acciones de despoblamiento sanitario, así como labores de limpieza y desinfección en los predios afectados, se continúa con el seguimiento correspondiente.

En el marco de las acciones de vigilancia, se llevó a cabo una Sala de Análisis de Riesgo, clasificando el evento con nivel de riesgo II, con respuesta a nivel departamental y municipal.

Respecto a la población humana potencialmente expuesta, el equipo de vigilancia ha ejecutado acciones BAC en los predios afectados, búsqueda activa institucional en las UPGD colindantes sin identificación de casos compatibles, intensificación de la vigilancia epidemiológica y vacunación continua de los

grupos poblacionales de riesgo, así como del personal involucrado en las actividades de despoblamiento.

En relación con las muestras respiratorias, en el departamento de Sucre se encuentra pendiente el envío de la muestra respiratoria tomada durante las últimas intervenciones, para su procesamiento y reporte. Por su parte, en el departamento de Magdalena se tomaron nueve (9) muestras respiratorias, cuyos resultados se encuentran pendientes de emisión. Hasta el momento, no se han identificado por laboratorio casos de influenza A (H5N1) en humanos. La situación permanece activa y en monitoreo epidemiológico constante.

Fuente: Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana, Secretaría Departamental de Salud Sucre- Magdalena.

Seguimiento y valoración del riesgo – Volcán Puracé, enero 14 del 2026

El Volcán Puracé mantiene alerta naranja, declarada el 29 de noviembre del 2025. Al 14 de enero del 2026, persiste la alerta naranja (con cambios importantes en los parámetros monitoreados), se continúan presentando sismos asociados con el movimiento de fluidos dentro del edificio volcánico que se localizaron bajo el cráter del volcán Puracé, a profundidades inferiores a 1 km, y estuvieron relacionados con procesos de circulación y liberación de gases volcánicos hacia la atmósfera. Asimismo, se continúa registrando sismicidad de baja magnitud, estos eventos se localizaron principalmente en dos sectores: bajo los volcanes Puracé y Piocollo, a profundidades entre 1 y 2 km; y en una zona más distal, ubicada a una distancia promedio de 6 km al oriente del cráter del volcán Puracé.

En cuanto a las condiciones sanitarias, se reportan cuatro (4) Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE) activos, actualmente sin población alojada, los cuales cuentan con inspecciones sanitarias realizadas y requerimientos en seguimiento. En la zona de amenaza alta se tiene un censo de 263 familias. El análisis de muestras de agua para consumo humano evidencia riesgo sanitario por coliformes totales, sin alteraciones fisicoquímicas ni presencia de metales asociados a la actividad volcánica.

Respecto a los eventos de interés en salud pública, durante la semana epidemiológica 53 se evidenció incremento de hospitalización en piso y UCI por infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA), en Popayán.

Se mantiene activo el Puesto de Mando Unificado (PMU). La valoración del

riesgo en salud pública continúa clasificada como Bajo (verde). La situación permanece en seguimiento permanente por el GFRA-INS, en articulación con las autoridades territoriales 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.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 01 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

Alerta epidemiológica: Circulación simultánea de influenza estacional y virus sincitial respiratorio (VSR). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 09 de enero de 2026.

En la Región de las Américas, la positividad de influenza se mantiene por encima del 10 % en el hemisferio norte. En la mayoría de las subregiones predomina la circulación de influenza A(H3N2), mientras que en la subregión Andina se observa predominio de A(H1N1) pdm09. La intensidad de la actividad es heterogénea, con incrementos sostenidos en América del Norte y América Central y niveles cercanos al 20 % en el Caribe y América Central. Países como Barbados, Canadá, Ecuador, los Estados Unidos de América, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Paraguay registran alta circulación de influenza. En contraste, la circulación de VSR se mantiene en niveles bajos con señales iniciales de aumento en América del Norte.

En Canadá se ha observado una transmisión intensa de influenza durante la

temporada 2025-2026. Hacia finales del 2025, la positividad nacional alcanzó el 32,4 % en la semana epidemiológica (SE) 51, representando un incremento significativo en comparación con el 20,2 % registrado en la SE 49. El subtipo predominante es influenza A(H3N2), el 89 % pertenecía al subclado K. El análisis de las tasas de hospitalización por grupos de edad indica que los grupos más afectados son los de 65 años y más y los menores de 5 años. En contraste con la influenza, el VSR presenta un comportamiento más moderado manteniéndose en niveles bajos, pero con un aumento gradual, con una positividad entre el 2,4 % y el 2,6 %

En los Estados Unidos de América, desde la semana epidemiológica 45 del 2025 se observa un incremento progresivo de casos de influenza y otros virus respiratorios, lo cual es consistente con la actividad durante la temporada invernal. A la SE 52 del 2025 la enfermedad similar a influenza es considerada muy alta en 32 jurisdicciones. La actividad de VSR es elevada en muchas áreas del país. Los datos de vigilancia hospitalaria indican tasas elevadas y crecientes de hospitalización asociadas a influenza, con tasas más altas en adultos de 65 años o más, y un aumento gradual de las tasas de hospitalización asociadas a VSR, particularmente en niños menores de cinco años. Las tasas de hospitalización de VSR observadas hasta el 2 de enero del 2026, se mantienen por debajo de los picos registrados durante la temporada 2024-2025.

En Brasil, la temporada de influenza 2025 mostró un comportamiento bimodal, con un primer ascenso de la actividad entre las semanas epidemiológicas 12 y 22, seguido de un descenso sostenido y un segundo repunte hacia la SE 39. La circulación estuvo dominada por influenza A, con predominio de A(H1N1) pdm09 durante el primer periodo de mayor actividad, con una mayor contribución de A(H3N2) durante el repunte tardío. En conjunto, la temporada se enmarcó en un contexto de predominio de influenza A, sin señales consistentes de aumento de gravedad a nivel nacional. En cuanto al VSR, la circulación se extendió por un periodo ligeramente más prolongado de lo habitual, con niveles de actividad superiores a los de la temporada anterior, contribuyendo a una demanda sostenida de atención por infecciones respiratorias.

En Chile, la temporada de influenza 2025 presentó un patrón bimodal, con predominio de influenza A. La actividad de influenza se adelantó en comparación con temporadas previas, con un primer pico alrededor de la semana epidemiológica 18, en el cual predominó influenza A(H1N1) pdm09. Hacia el último tercio del

año se observó un repunte estacional con incremento de los casos de ETI, compatible con un incremento en la circulación de influenza A(H3N2), seguido de un descenso progresivo en las semanas posteriores. Las personas de 65 años y más concentraron el 42,1 % de los casos reportados de IRAG, sin identificarse señales de mayor gravedad o aumento inusual de desenlaces severos durante la temporada. Con respecto a VSR, se registró un mayor número de casos y una positividad más alta que en el 2024.

Estudios de efectividad de la vacuna de influenza realizados en Europa y Reino Unido durante la temporada 2025-2026, donde la circulación de influenza A(H3N2) del subclado K es predominante, indican que la vacuna confiere protección frente a hospitalización (70 a 75 % en niños; 30 a 40 % en adultos) y frente a enfermedad ambulatoria (44 % para cualquier influenza y 52 % frente a influenza A(H3N2)). Los resultados interinos de efectividad de la vacuna durante la temporada 2025-2026 demuestran que la vacuna confiere protección frente a enfermedad asociada a influenza y se debe por tanto alcanzar altas coberturas de vacunación en los grupos prioritarios.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta Epidemiológica Circulación simultánea de influenza estacional y virus sincitial respiratorio (VSR). Fecha de publicación: 09 de enero de 2026. Fecha de consulta: 10 de enero de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026-01/2026-ene-9-phe-alertaepi-influenza-vsr-es.pdf>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
Semana Epidemiológica 01 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.

35

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 01

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	3	0	3	12	31	38	19	34	54	2	15	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	10	15	10	344	1392	1709	57	224	327	20	108	93	0	3	4	4	41	0	8	6	20
Arauca	7	2	7	30	60	88	16	41	84	10	13	39	0	0	1	0	1	0	0	8	0
Atlántico	1	2	1	71	272	336	87	389	397	35	215	179	1	9	3	0	1	0	0	0	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	70	257	400	102	686	510	38	326	208	1	11	7	0	1	0	1	3	3
Bogotá D.C.	0	0	0	449	1792	1995	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	14	0	0	1	2
Bolívar	8	5	8	46	209	231	70	277	394	23	151	180	2	5	7	0	1	0	0	0	0
Boyacá	0	2	0	134	477	559	4	20	49	2	7	19	0	0	1	0	1	0	0	1	0
Buenaventura D.E.	1	0	1	4	12	14	0	21	4	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	1	2	1	60	286	365	4	16	10	2	10	2	0	0	0	0	1	0	0	4	1
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	79	417	415	32	669	156	10	284	46	1	7	2	0	13	0	3	7	14
Caquetá	2	5	2	18	89	101	6	93	28	2	57	10	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	49	139	238	148	393	993	33	180	221	3	8	17	0	0	0	0	0	0
Casanare	1	1	1	45	117	177	14	98	47	3	42	13	0	1	0	0	1	0	0	1	1
Cauca	3	2	3	79	441	444	5	73	20	4	32	6	0	1	1	0	2	0	0	1	0
Cesar	5	7	5	42	194	225	191	237	607	108	158	334	0	4	3	0	1	0	0	3	1
Chocó	1	5	1	5	14	17	23	43	59	8	12	14	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Córdoba	4	5	4	100	377	453	64	330	308	31	154	130	0	3	4	0	1	0	0	0	0
Cundinamarca	4	1	4	331	1061	1338	55	193	134	23	99	46	2	1	1	0	3	0	0	1	2
Gualinía	1	0	1	5	10	28	0	3	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0	2	0	3	28	30	42	28	45	6	7	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	3	1	3	135	469	585	51	359	105	13	155	36	2	9	8	0	3	1	0	0	0
La Guajira	1	2	1	35	152	176	78	255	331	42	186	176	2	6	6	0	0	0	0	1	1
Magdalena	6	5	6	33	184	174	57	109	358	37	71	192	0	2	3	0	0	0	0	1	0
Meta	5	3	5	100	300	395	151	331	616	46	143	189	2	3	14	1	2	0	0	1	0
Nariño	0	2	0	124	526	644	7	66	33	2	20	19	0	1	1	0	1	0	1	2	4
Norte de Santander	8	4	8	127	436	585	127	406	578	49	226	187	2	5	8	0	7	0	0	0	0
Putumayo	5	3	5	38	125	163	34	87	65	3	34	11	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Quindío	1	1	1	68	223	274	8	33	42	0	12	6	0	0	0	0	2	0	0	0	1
Risaralda	2	1	2	91	311	367	9	25	39	5	14	19	0	0	2	0	3	1	0	0	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	5	30	27	0	14	3	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	0	1	35	120	138	91	109	554	37	70	214	0	2	2	0	0	0	0	8	0
Santander	2	6	2	149	541	712	108	366	555	37	174	215	0	3	2	0	3	0	1	1	1
Sucre	3	3	3	46	203	263	33	281	171	15	160	99	1	5	4	0	1	0	0	0	25
Tolima	4	3	4	163	488	657	114	649	353	43	303	99	2	6	6	0	1	0	1	4	3
Valle del Cauca	1	2	1	180	624	782	43	613	201	11	255	62	0	4	2	0	2	0	0	2	7
Vaupés	0	1	0	4	12	23	2	9	20	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Vichada	1	0	1	5	18	22	3	5	13	0	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	95	93	95	3,314	12,435	15,178	1,855	7,585	8,265	700	3,715	3,095	21	101	110	6	106	66	15	53	89

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 01

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	55	136	232	0	1	0	122	453	426	7	7	35	0	0	0	33	383	224	0	1	0
Antioquia	89	705	535	3	19	2	22756	82966	85127	934	2934	3650	84	741	526	6927	34381	31389	11	15	11
Arauca	2	2	8	0	1	0	335	1864	1042	36	83	166	2	3	12	157	700	639	2	1	2
Atlántico	0	0	0	1	2	0	2569	9975	10032	74	195	223	51	168	334	1029	4080	4008	0	5	0
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	3	0	4178	14960	15872	248	392	1084	16	154	198	1476	6542	6172	9	6	9
Bogotá D.C.	0	0	0	6	21	2	26399	121927	106891	1262	4730	5404	170	1248	1251	11610	56997	53281	16	13	16
Bolívar	25	101	114	0	4	0	2882	10227	9487	63	221	248	18	102	60	608	2810	2952	0	3	0
Boyacá	1	0	11	1	3	1	2072	10302	7730	149	367	593	12	84	61	885	4161	4239	5	2	5
Buenaventura D.E.	7	95	60	0	1	0	96	849	335	0	3	1	0	1	1	44	416	250	0	2	0
Caldas	0	5	0	0	2	0	1885	7914	6483	84	287	283	33	107	152	557	2749	2564	3	3	3
Santiago de Cali D.E.	0	2	0	0	9	2	5803	23941	22657	73	623	417	14	62	73	1758	15226	9283	4	5	4
Caquetá	2	16	27	0	4	0	477	2597	1537	44	114	137	2	8	4	324	1653	967	2	1	2
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	1	3	0	3510	16190	12625	264	360	1091	53	199	224	982	4462	4086	2	6	2
Casanare	0	5	0	0	1	0	316	1887	1213	5	46	16	2	10	6	167	1079	984	0	2	0
Cauca	4	191	40	1	4	2	2206	8875	7021	89	196	319	10	60	53	590	4853	6134	0	4	0
Cesar	1	2	5	0	1	0	1957	9185	6921	57	519	358	4	54	63	411	3582	2426	2	3	2
Chocó	108	2062	738	0	1	0	245	1785	2068	3	126	35	0	1	9	338	929	966	1	3	1
Córdoba	60	825	317	0	3	1	3807	12923	12996	165	425	653	26	151	221	993	4102	3751	5	6	5
Cundinamarca	0	0	0	2	6	0	6241	24197	23449	251	735	875	23	252	167	2963	11554	12197	7	7	7
Guainía	25	224	227	0	1	0	39	182	114	5	18	10	0	0	0	50	112	134	0	0	0
Guaviare	5	86	51	0	1	0	115	473	14581	9	28	389	0	6	0	87	267	363	0	0	0
Huila	0	0	0	1	3	0	1392	9693	323	63	367	48	9	45	103	964	5058	3897	1	5	1
La Guajira	0	3	0	0	1	0	2823	15474	4304	72	447	288	12	59	71	563	5093	3938	1	11	1
Magdalena	0	1	0	0	2	0	2820	7636	10275	36	224	205	0	13	1	749	3240	2900	1	3	1
Meta	21	35	159	0	2	0	1502	5480	5244	39	159	164	6	47	40	851	4010	3894	2	3	2
Nariño	43	765	169	0	5	3	2666	13565	9410	189	447	566	6	31	21	990	6927	3375	2	5	2
Norte de Santander	5	125	32	1	5	2	3795	13658	11768	256	791	707	21	82	107	1280	5831	4376	2	4	2
Putumayo	2	6	14	0	2	0	475	2126	1671	12	94	48	1	6	5	218	1198	928	1	2	1
Quindío	0	1	0	0	1	0	1280	5904	4429	61	255	290	14	57	92	776	2776	4079	2	1	2
Risaralda	11	212	107	0	2	0	2265	8986	8314	74	308	336	4	46	52	826	3910	2895	1	1	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	1	0	73	561	479	12	36	74	0	0	0	30	297	274	0	1	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	1	0	1263	3536	16563	71	178	220	10	137	94	413	1223	1477	1	1	1
Santander	1	1	5	2	5	0	4361	13849	4285	335	969	1312	54	323	268	1778	7252	8434	4	5	4
Sucre	2	5	5	0	2	0	1757	7280	5884	188	473	710	26	193	160	569	2952	1924	0	3	0
Tolima	0	0	0	0	3	0	2887	12607	10415	263	432	823	14	54	71	1393	5336	4535	1	4	1
Valle del Cauca	1	8	1	0	6	0	4002	12693	12740	128	239	335	15	66	96	1535	6153	5951	4	6	4
Vaupés	11	81	505	0	1	0	49	174	229	5	10	19	0	1	0	12	67	39	0	0	0
Vichada	14	167	90	0	1	0	35	261	123	0	3	3	0	0	0	25	131	130	2	1	2
Total nacional	495	6,025	3,049	19	156	15	121,455	497,155	455,063	5,626	17,841	22,135	712	4,571	4,596	44,961	222,492	200,055	94	143	94

37

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 01

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	3	1	0	0	1
Antioquia	0	0	0	8	53	35	0	0	0	9	44	58	33	140	181	3	20	13
Arauca	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	5	5	2	2	2
Atlántico	0	0	0	1	4	3	0	0	0	0	1	3	6	38	45	0	1	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	1	8	10	0	0	0	1	2	2	12	26	56	0	3	0
Bogotá D.C.	0	0	0	19	92	89	3	0	3	11	36	58	61	252	261	7	95	46
Bolívar	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	1	2	2	18	12	0	0	1
Boyacá	0	0	0	0	11	7	0	0	0	0	2	2	8	31	42	5	11	17
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0
Caldas	0	0	0	0	6	3	0	0	0	0	1	2	1	28	7	0	2	1
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	2	17	5	0	0	0	1	2	4	10	76	59	1	28	10
Caquetá	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1	1	1	8	1	0	6	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	6	4	0	0	0	5	2	13	1	26	17	1	0	1
Casanare	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0	1	11	7	0	5	0
Cauca	0	0	0	1	6	2	0	0	0	1	1	2	2	16	10	12	20	26
Cesar	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	2	4	8	14	21	0	2	4
Chocó	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	2	0	0	0
Córdoba	0	0	0	1	10	3	0	0	0	0	1	0	5	50	29	1	0	1
Cundinamarca	0	0	0	4	26	27	0	0	0	3	10	11	35	113	142	0	16	7
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	3	0	0	0
Huila	1	0	1	3	12	7	0	0	0	0	3	0	6	34	30	0	6	5
La Guajira	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	2	1	15	15	0	3	0
Magdalena	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	1	0	4	13	11	0	0	0
Meta	1	0	1	0	5	4	0	0	0	2	2	4	10	25	31	0	3	0
Nariño	0	0	0	2	11	12	0	0	0	1	4	7	11	39	34	3	9	6
Norte de Santander	0	0	0	1	11	8	0	0	0	0	2	8	16	55	80	0	0	2
Putumayo	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	1	1	10	7	0	11	2
Quindío	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	5	18	16	0	8	2
Risaralda	0	0	0	1	4	6	0	0	0	1	2	5	7	31	21	0	0	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	1
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	5	6	14	0	1	0
Santander	0	0	0	1	5	6	0	0	0	1	6	3	7	40	64	0	8	3
Sucre	0	0	0	1	5	2	0	0	0	0	4	0	1	31	10	0	1	1
Tolima	0	0	0	2	4	4	0	0	0	1	2	1	5	52	44	2	3	4
Valle del Cauca	0	0	0	2	11	6	0	0	0	0	6	1	10	59	44	0	21	6
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	2	2	2	53	328	257	3	0	3	39	140	201	277	1,414	1,327	37	286	165

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 01

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	1	0	0	0	1	1	0	1
Antioquia	0	0	0	0	26	52	0	5	88	72	37	3
Arauca	0	0	0	0	3	3	0	0	3	2	1	0
Atlántico	0	0	0	0	6	5	0	0	16	9	0	0
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	3	4	0	0	13	16	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	50	39	0	0	72	23	0	0
Bolívar	0	0	0	0	5	10	0	0	9	11	13	1
Boyacá	0	0	0	0	6	9	0	0	22	10	7	2
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	2	4	0	0	3	2	0	0
Caldas	0	0	0	0	1	4	0	1	32	12	7	0
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	6	10	0	0	26	20	0	0
Caquetá	0	0	0	0	1	3	0	0	5	1	10	1
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	4	11	0	0	9	6	0	0
Casanare	0	0	0	0	4	3	0	0	5	4	0	0
Cauca	0	0	0	0	5	4	0	1	17	12	0	0
Cesar	1	0	0	0	12	11	0	0	10	7	4	0
Chocó	0	0	0	0	10	14	0	0	3	2	9	1
Córdoba	0	0	0	0	9	6	0	0	19	18	5	0
Cundinamarca	0	0	0	0	20	19	0	1	35	41	5	0
Guainía	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	2	2	0	0	1	1	12	0
Huila	0	0	0	0	5	11	0	0	16	14	0	0
La Guajira	0	0	0	0	27	18	0	0	4	2	1	0
Magdalena	0	0	0	0	7	8	0	0	9	6	1	0
Meta	0	0	0	0	5	3	0	2	15	4	6	0
Nariño	0	0	0	0	6	10	0	0	27	22	6	0
Norte de Santander	0	0	0	0	7	15	0	0	21	21	6	1
Putumayo	0	0	0	0	2	4	0	0	9	6	10	0
Quindío	0	0	0	0	1	1	0	0	9	8	1	0
Risaralda	0	0	0	0	4	3	0	0	22	16	2	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	1	3	0	0	3	2	1	0
Santander	0	0	0	0	6	8	0	0	22	15	23	1
Sucre	0	0	0	0	3	2	0	2	9	7	6	1
Tolima	0	0	0	0	4	7	0	1	21	20	6	0
Valle del Cauca	0	0	0	0	7	17	0	1	24	19	0	0
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0
Vichada	0	0	0	0	5	2	0	0	1	0	2	0
Total nacional	1	0	0	0	266	327	0	14	606	432	182	13

39

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 01

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	10	4	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0
Arauca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atlántico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Barranquilla D.E.	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bogotá D.C.	1	4	1	0	0	0	1	0	0	0	3	4
Bolívar	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Boyacá	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Buenaventura D.E.	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santiago de Cali D.E.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Caquetá	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cauca	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Cesar	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0
Chocó	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Córdoba	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Cundinamarca	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Guajira	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0
Magdalena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meta	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nariño	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Norte de Santander	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Putumayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Quindío	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Risaralda	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santander	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Sucre	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Tolima	8	9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Valle del Cauca	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	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	346	288	3	3	3	2	7	2	5	1	17	6

Comportamiento de la notificación por Entidad Territorial a Semana Epidemiológica 01

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	0	0	0	1	1	0	0	8	5
Antioquia	2	2	18	16	0	0	64	60	2	1	311	114
Arauca	1	0	2	2	0	0	3	2	0	0	21	13
Atlántico	1	1	5	4	0	0	9	8	0	0	39	23
Barranquilla D.E.	1	0	7	2	0	0	19	10	1	0	49	34
Bogotá D.C.	2	0	15	24	0	0	24	21	1	1	312	226
Bolívar	1	0	3	13	0	0	2	2	0	0	49	24
Boyacá	1	1	1	2	0	0	3	3	0	0	65	50
Buenaventura D.E.	1	0	2	2	0	0	2	0	0	0	7	1
Caldas	1	0	2	0	0	0	5	7	0	0	46	26
Santiago de Cali D.E.	1	0	7	21	0	0	23	30	0	1	108	47
Caquetá	1	0	2	0	0	0	3	8	0	0	15	10
Cartagena de Indias D.T.	1	3	4	11	0	0	9	10	0	0	27	26
Casanare	1	0	2	0	0	0	2	2	0	0	12	9
Cauca	1	0	1	2	0	0	3	8	0	0	64	28
Cesar	1	1	3	2	0	0	9	7	0	0	39	16
Chocó	1	0	2	1	0	0	2	2	0	0	5	4
Córdoba	1	0	4	5	0	0	5	6	1	0	67	36
Cundinamarca	1	0	3	6	0	0	10	10	0	1	146	134
Guainía	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	4
Guaviare	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	3
Huila	1	0	2	3	0	0	6	11	0	0	106	72
La Guajira	1	0	6	0	0	0	8	8	0	1	21	11
Magdalena	1	0	2	4	0	0	3	4	0	0	23	15
Meta	1	1	2	5	0	0	12	6	0	0	33	26
Nariño	1	0	3	8	0	0	1	3	0	0	73	72
Norte de Santander	1	1	5	5	0	0	12	17	0	0	53	59
Putumayo	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	26	24
Quindío	1	0	3	3	0	0	4	2	0	0	38	23
Risaralda	1	0	3	0	0	0	9	4	0	0	57	48
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Santa Marta D.T.	1	0	2	4	0	0	5	4	0	0	12	5
Santander	1	0	5	11	0	0	19	19	1	1	98	71
Sucre	1	1	3	6	0	0	1	0	0	0	39	27
Tolima	1	1	2	8	0	0	8	10	0	0	50	31
Valle del Cauca	1	6	5	7	1	0	15	20	0	0	122	77
Vaupés	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	3
Vichada	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1
Total nacional	27	18	136	177	1	0	304	307	7	6	2,163	1,399

41



Semana epidemiológica 01

04 al 10 de enero del 2026

TEMA CENTRAL

Tos ferina

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



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Ximena Castro Martínez. **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, Nubia Narváez, Nidia Esperanza González Tolosa. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotes y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Lady Alexandra Castillo Vargas, Claudia Marcela 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.

42# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.01>