

Lepra

“La lepra es curable, el verdadero desafío es el estigma”

El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica es clave para avanzar y sostener la eliminación de la lepra. Gracias a ello, en 2025 Colombia mantuvo el cumplimiento de la meta internacional de eliminación de la lepra, con menos de un caso por cada 10 000 habitantes y una tasa de discapacidad severa en casos nuevos inferior a 0,58 por cada 1 000 000 habitantes.

**Semana
epidemiológica**

18 al 24 de enero del 2026

03

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

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

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

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



TEMA CENTRAL

Comportamiento de la lepra Colombia, semana epidemiológica 53 de 2025

Claudia Lorena Pérez Clavijo, cperez@ins.gov.co

La lepra, también conocida como enfermedad de Hansen, es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae* y *Mycobacterium lepromatosis*. Estos son organismos intracelulares obligados que afectan principalmente los histiocitos dérmicos (macrófagos tisulares) y las células de Schwann de los nervios periféricos, lo que genera compromiso de la piel y del sistema nervioso periférico (1).

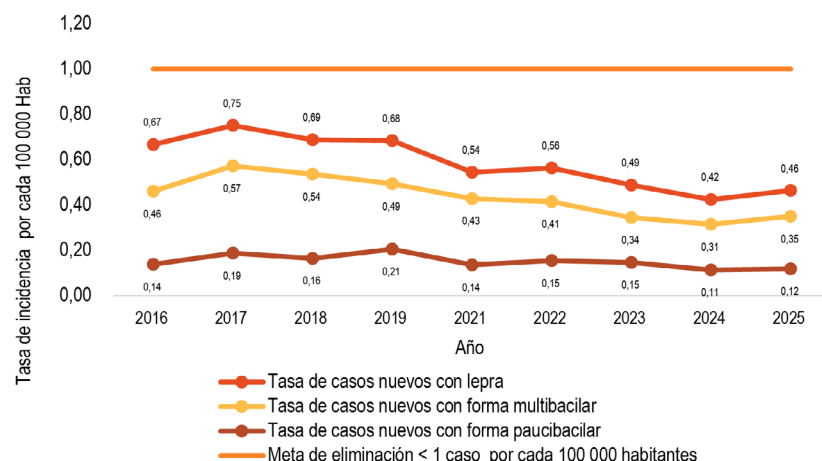
Aunque no es una enfermedad altamente contagiosa, su transmisión se asocia a contacto cercano con pacientes con lepra, a través de aerosoles infecciosos (2). Los síntomas suelen aparecer en un periodo de 3 a 5 años; sin embargo, en algunos casos el periodo de incubación puede variar entre 1 y 20 años, por lo que las manifestaciones clínicas son diversas y están estrechamente relacionadas con la respuesta inmune de cada persona. Entre los síntomas más comunes se incluyen manchas hipopigmentadas en la piel, debilidad muscular, sensación de hormigueo en las extremidades y deformidades. Si no se realiza un diagnóstico oportuno, el daño nervioso puede conducir a discapacidades permanentes e incluso a ceguera (3).

Actualmente, la lepra se considera una enfermedad tropical desatendida y endémica en zonas específicas de países de las regiones de las Américas, Asia y África. En 2024, se recibieron reportes de 188 países, con la notificación de 172 717 casos nuevos a nivel mundial, lo que corresponde a una tasa de detección de 21,1 casos por millón de habitantes. Esta cifra representó una disminución del 5,5 % en comparación con los casos registrados en 2023 (182 815 casos) (4).

En Colombia, hasta la semana epidemiológica 53 de 2025, se notificaron un total de 279 casos de lepra (evento 450) al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Del total de casos notificados, el 88,2 % (246) correspondió a casos nuevos, el 8,2 % (23) a recaídas o recidivas y el 3,6 % (10) a retratamientos tras pérdida de seguimiento. En comparación con 2024, se observó una variación hacia el aumento del 11 % (223) respecto al total de casos ingresados al Sivigila .

En cuanto a la detección de casos nuevos, con corte a la semana epidemiológica 53 de 2025, se registró una incidencia de 0,46 casos por cada 100 000 habitantes. Al evaluar este indicador frente a la meta internacional de eliminación establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) menos de 1 caso por cada 10 000 habitantes, Colombia mantiene su cumplimiento, con una tasa de 0,04 casos por cada 10 000 habitantes (figura 1).

Figura 1. Tasa de incidencia de lepra, Colombia, a semana epidemiológica 53, 2016-2025



Fuente: Sivigila, evento 450 a semana epidemiológica 53, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2016-2025, DANE proyecciones poblacionales periodo 2018-2050 actualizada 2025

En el análisis por departamento de la incidencia por 100 000 habitantes de la lepra en 2025, se identificaron entidades territoriales con valores superiores a la tasa nacional. Entre estas se encuentran Arauca (3,22), Santa Marta (1,20), Norte de Santander y Santander (1,17) y Valle del Cauca (1,14).

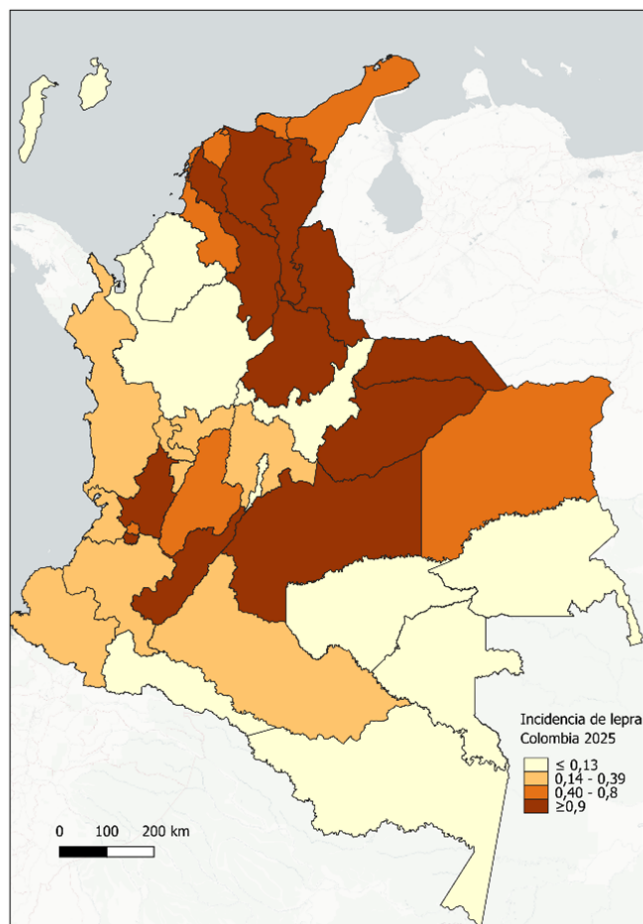
En contraste, las entidades territoriales con las incidencias más bajas fueron Bogotá, D. C. (0,10), Antioquia (0,12) y Chocó (0,17), lo que evidencia una distribución heterogénea del evento a nivel nacional, con mayor concentración de casos en territorios históricamente endémicos (tabla 1, figura 2).

Tabla 1. Tasa de incidencia de casos de lepra por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 53, 2024-2025

Entidad territorial de residencia	Casos nuevos notificados 2024	Casos nuevos notificados 2025	Dane 2024	Dane 2025	Incidencia por 100 000 habitantes 2024	Incidencia por 100 000 habitantes 2025	Tendencia
Arauca	3	9	277883	279191	1,08	3,22	
Santa Marta	5	7	574486	582394	0,87	1,20	
Norte de Santander	15	20	1694970	1709289	0,88	1,17	
Santander	21	28	2380650	2398303	0,88	1,17	
Valle del Cauca	25	24	2084575	2099043	1,20	1,14	
Meta	5	13	1144286	1156405	0,44	1,12	
Huila	14	13	1194754	1208728	1,17	1,08	
Casanare	2	5	467565	473165	0,43	1,06	
Cesar	16	14	1440484	1469159	1,11	0,95	
Bolívar	5	10	1216773	1229762	0,41	0,81	
Sucre	4	8	1019575	1034102	0,39	0,77	
Tolima	9	10	1380444	1386410	0,65	0,72	
Vichada	2	1	143117	148738	1,40	0,67	
Atlántico	4	9	1557675	1585690	0,26	0,57	
Cañ	9	12	2280171	2277296	0,39	0,53	
Magdalena	8	5	951783	962113	0,84	0,52	
Barranquilla	9	6	1279120	1279344	0,70	0,47	
Guajira	0	5	1047859	1066679	0,00	0,47	
Cartagena	3	4	1010408	1011520	0,30	0,40	
Caldas	2	4	1050126	1054450	0,19	0,38	
Buenaventura	0	1	328686	332054	0,00	0,30	
Risaralda	0	3	997930	1003225	0,00	0,30	
Cauca	9	4	1583095	1599148	0,57	0,25	
Caquetá	2	1	425827	429041	0,47	0,23	
Cundinamarca	8	8	3463004	3535067	0,23	0,23	
Quindío	3	1	556880	557884	0,54	0,18	
Nariño	3	3	1704383	1713586	0,18	0,18	
Chocó	1	1	586128	593106	0,17	0,17	
Antioquia	10	8	6880799	6928372	0,15	0,12	
Bogotá, D.C.	17	8	7918660	7942867	0,21	0,10	
Córdoba	5	1	1969108	1992907	0,25	0,05	
Boyacá	3	0	1283225	1290393	0,23	0,00	
Guaviare	1	0	84550	84696	1,18	0,00	
Colombia	223	246	52613753	53057212	0,42	0,46	

Fuente: Sivigila, evento 450 a semana epidemiológica 53, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2024-2025, DANE proyecciones poblacionales periodo 2018-2050 actualizada 2025

Figura 2. Tasa de incidencia de casos de lepra por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 53 del 2025



Fuente: Sivigila, evento 450 a semana epidemiológica 53, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2024-2025, DANE cifras 2025

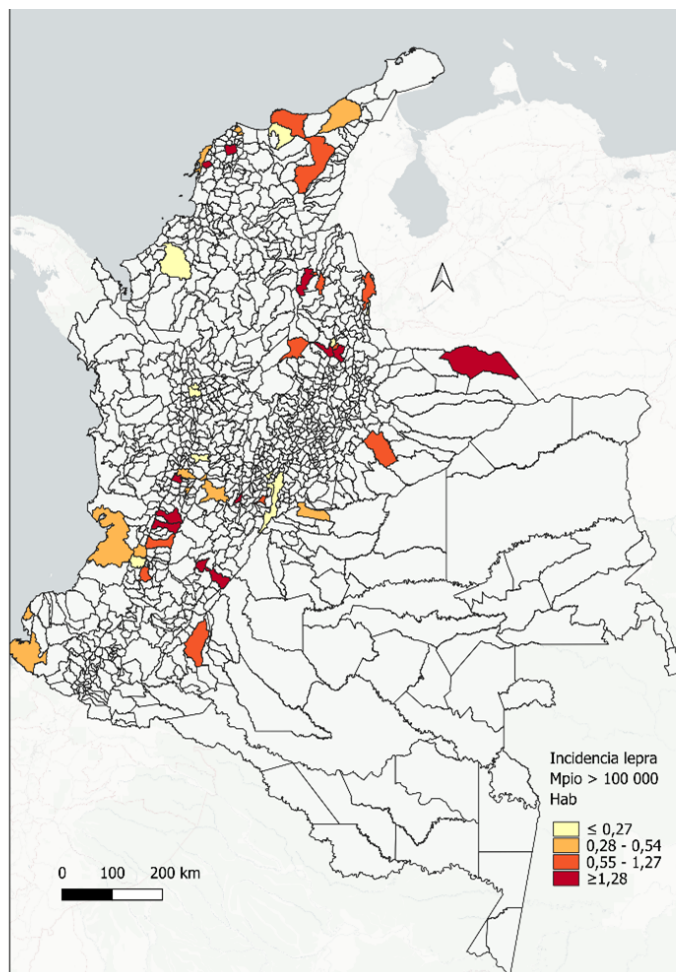
De acuerdo con la tasa de incidencia por municipio, en poblaciones mayores de 100 000 habitantes y con corte a la semana epidemiológica 53 de 2025, se observó que las incidencias más altas se registraron en Guadalajara de Buga (5,23), Arauca (4,92), Turbaco (2,58) y Aguachica (2,30) (tabla 2, figura 3).

Tabla 2. Tasa de incidencia de casos de lepra por municipio de residencia mayor a 100 000 habitantes, Colombia, a semana epidemiológica 53, 2024-2025

Departamento	Municipio	Casos nuevos 2024	Casos nuevos 2025 pr	Incidencia 2024 x 100 000 Habitantes	Incidencia 2025 x 100 000 habitantes	Tendencia
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	1	7	0.75	5.23	
Arauca	Arauca	0	5	0.00	4.92	
Bolívar	Turbaco	0	3	0.00	2.58	
Cesar	Aguachica	2	3	1.56	2.30	
Huila	Neiva	7	8	1.82	2.06	
Atlántico	Sabanalarga	0	2	0.00	1.91	
Valle del Cauca	Tuluá	9	4	3.87	1.71	
Santander	Girón	0	3	0.00	1.70	
Cundinamarca	Girardot	2	2	1.62	1.57	
Santander	Piedecuesta	0	3	0.00	1.55	
Valle del Cauca	Cartago	0	2	0.00	1.39	
Magdalena	Santa Marta	5	7	0.89	1.24	
Norte de Santander	San José de Cúcuta	7	10	0.86	1.23	
Casanare	Yopal	1	2	0.52	1.02	
Santander	Barrancabermeja	2	2	0.92	0.92	
Santander	Floridablanca	3	3	0.88	0.88	
Cauca	Santander de Quilichao	0	1	0.00	0.84	
Valle del Cauca	Palmira	2	3	0.56	0.83	
Norte de Santander	Ocaña	0	1	0.00	0.74	
Cesar	Valledupar	9	4	1.59	0.70	
Cundinamarca	Fusagasugá	0	1	0.00	0.57	
Caquetá	Florencia	2	1	1.12	0.55	
Valle del Cauca	Santiago de Cali	9	12	0.39	0.53	
Atlántico	Barranquilla	9	6	0.67	0.45	
La Guajira	Riohacha	0	1	0.00	0.43	
Risaralda	Pereira	0	2	0.00	0.41	
Bolívar	Cartagena de Indias	3	4	0.28	0.38	
Nariño	San Andrés de Tumaco	0	1	0.00	0.37	
Tolima	Ibagué	0	2	0.00	0.37	
Meta	Villavicencio	3	2	0.51	0.34	
Quindío	Amenia	2	1	0.65	0.32	
Valle del Cauca	Buenaventura	0	1	0.00	0.31	
Atlántico	Soledad	3	2	0.44	0.29	
Caldas	Manizales	0	1	0.00	0.22	
Santander	Bucaramanga	5	1	0.81	0.16	
Cundinamarca	Soacha	5	1	0.62	0.12	
Bogotá, D.C.	Bogotá, D. C.	17	8	0.21	0.10	
Antioquia	Medellín	2	1	0.08	0.04	
Antioquia	Bello	1	0	0.18	0.00	
Córdoba	Montería	3	0	0.57	0.00	
Cundinamarca	Madrid	1	0	0.72	0.00	
Magdalena	Ciénaga	3	0	2.25	0.00	
Norte de Santander	Villa del Rosario	3	0	2.58	0.00	
Valle del Cauca	Jamundí	1	0	0.55	0.00	

Fuente: Sivigila, evento 450 a semana epidemiológica 53, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2024-2025, DANE proyecciones poblacionales periodo 2018-2050 actualizada 2025 (sin distritos)

Figura 3. Tasa de incidencia de casos de lepra por municipio de residencia mayor a 100 000 habitantes, Colombia, a semana epidemiológica 53 del 2025



Fuente: Sivigila, evento 450 a semana epidemiológica 53, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2024-2025, DANE cifras 2025 (sin distritos)

Características sociodemográficas de los casos nuevos

De acuerdo con la notificación de casos nuevos de lepra, con corte a la semana epidemiológica 53 de 2025, se evidenció un mayor ingreso de casos en hombres, con un total de 153 casos y una incidencia de 0,59 por cada 100 000 hombres; mientras que, en mujeres se registró una incidencia de 0,34 por cada 100 000 mujeres. Comparado con el año anterior no se evidencian cambios estadísticamente significativos.

En cuanto a la distribución por grupo de edad, se observó un mayor aporte en las personas de 65 años y más, con 77 casos y una incidencia de 1,40 por cada 100 000 habitantes de este grupo etario, seguido del grupo de 55 a 64 años, con 53 casos y una incidencia de 1,04. En tercer lugar, se encuentran las personas entre 45 y 54 años, con 36 casos y una incidencia de 0,61. Finalmente, el menor aporte correspondió a los casos de lepra infantil en menores de 15 años, con 5 casos y una tasa de 0,04 por cada 100 000 menores.

De acuerdo con la distribución por zona de residencia, con corte a la semana epidemiológica 53 de 2025, se evidenció que la mayor tasa se presentó en la zona rural con 0,66 casos por cada 100 000 habitantes residentes en áreas rurales (84 casos). No obstante, la mayor concentración de casos se registró en la zona urbana, con 162 casos y una tasa de 0,46 por cada 100 000 habitantes.

Frente a las poblaciones especiales, de acuerdo con lo registrado con corte a la semana epidemiológica 53 de 2025, el 96,7 % (238 casos) correspondió a personas sin reconocimiento étnico, el 2,0 % (5 casos) a población negra, mulata o afrocolombiana y el 1,2 % (3 casos) a población indígena, perteneciente a los pueblos Embera, Pastos y Piapoco, con un caso registrado en cada uno.

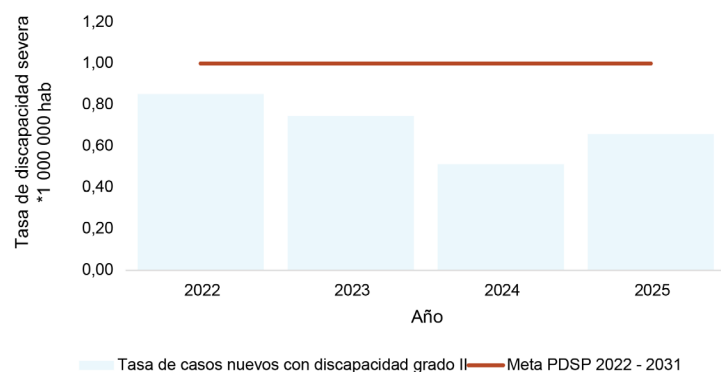
Finalmente, frente al régimen de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con corte a la semana epidemiológica 53 de 2025, se evidenció que el 65,9 % (162 casos) correspondió al régimen subsidiado, seguido del 28,0 % (69 casos) al régimen contributivo y el 6,1 % (15 casos) a personas sin afiliación al sistema al momento de la notificación.

Discapacidad de los casos nuevos

De acuerdo con el grado de discapacidad y con corte a la semana epidemiológica 53 de 2025, se evidenció que el 65,9 % (162 casos) no presentaba discapacidad al momento de la notificación, mientras que el 19,9 % (49 casos) correspondió a discapacidad grado I y el 14,2 % (35 casos) a discapacidad grado II.

Esto se traduce en una tasa de 0,66 por cada millón de habitantes, lo que, según lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031 (PDSP) de disminuir a 2031 la discapacidad severa (GDII) de casos nuevos de lepra a 0,58 x 1 000 000 de habitantes, en 2025 el país mantiene el cumplimiento de esta (figura 4).

Figura 4. Tasa de discapacidad severa (grado II) de los casos nuevos de lepra, Colombia, 2022-2025

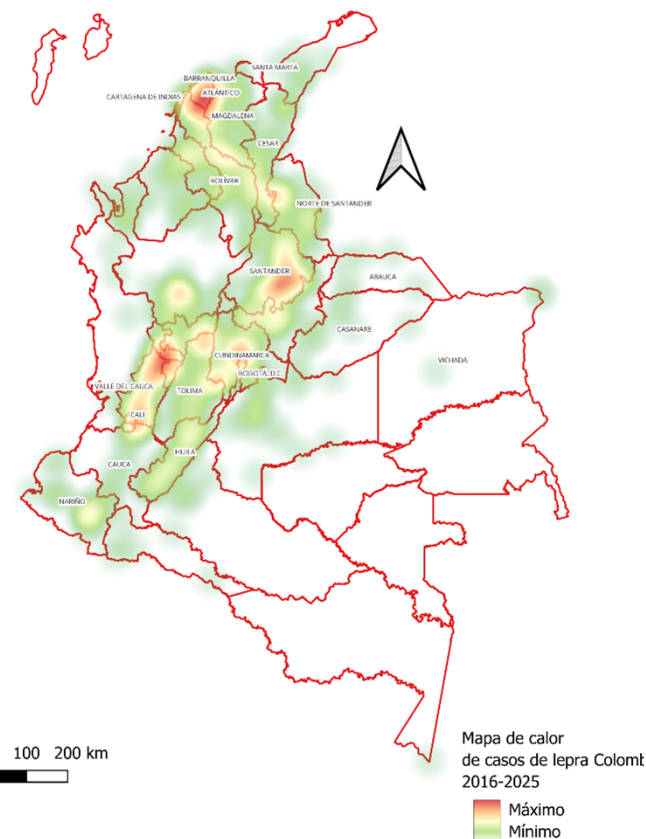


Fuente: Sivigila, evento 450 a semana epidemiológica 53, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2022-2025, DANE cifras 2025
*PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

Marco de eliminación

De igual manera, en el marco de las estrategias de eliminación y del Plan Nacional para la Eliminación de las Enfermedades Transmisibles 2024-2031, se realizó la verificación de la carga de enfermedad por departamento para el periodo 2016-2025. Este análisis evidenció que, en la mayoría del territorio nacional, se ha diagnosticado y notificado lepra en algún momento; sin embargo, la carga del evento continúa concentrándose en departamentos con endemia histórica, tales como Santander, Norte de Santander, Cesar, Huila, Magdalena y Atlántico (figura 5).

Figura 5. Análisis espacial de densidad de casos de lepra (enfermedad de Hansen) Colombia, 2016-2025*



Fuente: Sivigila, evento 450 a semana epidemiológica 53, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2024-2025, DANE cifras 2025.
*Datos preliminares para 2025

De acuerdo con lo anterior, en Colombia para el periodo 2016-2025 se evidencia una distribución heterogénea del evento a nivel nacional, con áreas de mayor intensidad concentradas principalmente en la región Caribe y en el nororiente y centro del país. Estas zonas coinciden con departamentos que han presentado una carga histórica elevada de lepra, como Santander, Norte de Santander, Cesar, Magdalena, Atlántico y Huila.

Asimismo, se observan focos secundarios de concentración en algunos departamentos del suroccidente y centro del país, lo que indica circulación persistente del evento en territorios específicos. En contraste, amplias zonas del sur y oriente del país presentan baja intensidad o ausencia de casos notificados durante el periodo analizado.

Este patrón espacial refuerza la necesidad de mantener estrategias de vigilancia intensificada, búsqueda activa y focalización de intervenciones en los territorios con mayor carga histórica, en concordancia con el Plan Nacional para la Eliminación de las Enfermedades Transmisibles 2024-2031.

Conclusiones

- Colombia mantiene la eliminación de la lepra, con indicadores nacionales sostenidos por debajo de un caso por cada 100 000 habitantes; no obstante, este logro coexiste con brechas territoriales persistentes.
- El comportamiento del evento es heterogéneo y focalizado, con concentraciones espaciales de casos en municipios y regiones específicas. El análisis de densidad y la autocorrelación espacial confirman la presencia de agrupamientos territoriales con transmisión sostenida, descartando una distribución aleatoria del evento en el territorio nacional.
- La notificación de casos en población infantil, aunque de baja magnitud, indica exposición continua a la transmisión en el entorno comunitario y familiar, lo que refuerza la necesidad de intervenciones preventivas focalizadas.
- La lepra en Colombia no constituye un problema generalizado, pero sí representa un evento focalizado que requiere respuestas territoriales diferenciadas, sostenidas y articuladas con la estrategia mundial contra la lepra 2021-2030 “Hacia Cero Lepra”.

Recomendaciones

Equipos de vigilancia y programa

- Mantener las acciones que han permitido al país sostener la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública, con énfasis en la vigilancia activa desarrollada por los equipos territoriales, en articulación con el programa y orientada al diagnóstico oportuno.

- Focalizar las intervenciones en regiones y entidades territoriales con mayor carga de casos, fortaleciendo la búsqueda activa y el seguimiento de contactos desde el programa, de acuerdo con los patrones espaciales identificados.
- Reforzar la capacitación del talento humano en salud, especialmente en territorios con transmisión persistente, con énfasis en la detección temprana, la evaluación del grado de discapacidad y la notificación oportuna, bajo el liderazgo del programa.
- Integrar la identificación y el seguimiento de contactos como una herramienta estratégica para evitar diagnósticos tardíos y prevenir la discapacidad, mediante el trabajo articulado entre el programa y los equipos de vigilancia.

Tomadores de decisiones

- Alinear las acciones nacionales y territoriales con la estrategia Hacia Cero Lepra (OMS 2021-2030), fortaleciendo la sostenibilidad de los logros alcanzados y la reducción de brechas territoriales.

Bibliografía

- Sugawara-Mikami M, Tanigawa K, Kawashima A, Kiriya M, Nakamura Y, Fujiwara Y, et al. Pathogenicity and virulence of *Mycobacterium leprae*. Virulence [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 22];13(1):1985-2011. Disponible en: [/doi/pdf/10.1080/21505594.2022.2141987?download=true](https://doi.org/10.1080/21505594.2022.2141987?download=true)
- Ploemacher T, Faber WR, Menke H, Rutten V, Pieters T. Reservoirs and transmission routes of leprosy; A systematic review. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2026 Jan 22];14(4):e0008276. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7205316/>
- Lepra [Internet]. [cited 2026 Jan 22]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>
- Assembly WH, States M, Global T, Frame- LE, Observatory GH, Strat L. Global leprosy (Hansen disease) update, 2024: Elimination of leprosy disease is possible – Time to act ! Situation de la lèpre (maladie de Hansen) dans le monde , 2023 : L ’ élimination de la lèpre est possible – Il est temps d ’ agir ! 2024;2023(May 1991). Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/382657/WER10037-365-384.pdf?sequence=1>



SITUACIÓN NACIONAL

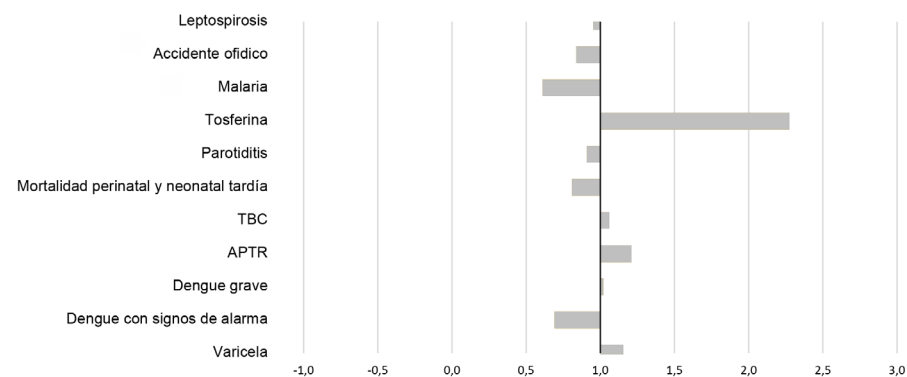
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 03 del 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 03 del 2026



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

*TBC: Tuberculosis

**APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para esta semana epidemiológica, se encontró el evento violencia de género e intrafamiliar se encuentra por debajo de lo esperado.

Tabla 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, Semana Epidemiológica 03 del 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	7 992	9 160	-8,28	0,00

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

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros, en los cuales se asume ocurrencia aleatoria en el tiempo, se calculó la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2021 a 2025. Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determinó si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

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

En la semana epidemiológica 03 del 2026, el evento zika se encuentra por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a Semana Epidemiológica 03 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	5	1	0.01
Leishmaniasis cutánea	11	140	0.00
Leishmaniasis mucosa	1	3	0.06
Lepra	6	7	0.14
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0.18
Mortalidad por dengue	4	4	0.20
Chicungunya	1	0	0.37

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.

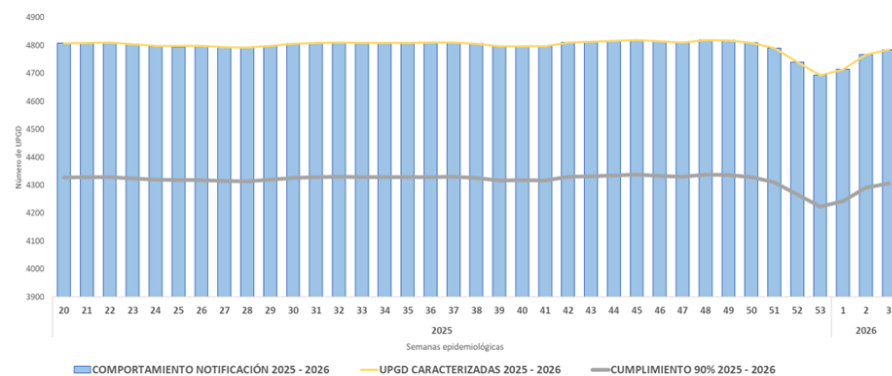
Para esta semana epidemiológica la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 03 del año 2025. Para esta semana 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 03 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 % (4 784 / 4 784); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 03 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 4 306 UPGD para la semana analizada (figura 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por Unidades Primarias Generadoras de Datos, Colombia, Semana Epidemiológica 03 del 2026



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



Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos y que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de 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 03 del 2026, se han notificado 22 muertes probables en menores de cinco años: 12 por infección respiratoria aguda (IRA), cinco (5) por desnutrición (DNT) aguda y cinco (5) 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 03 del 2026 se han notificado 12 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, las cuales se encuentran en estudio. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 03 fueron 14, para una tasa de mortalidad de 0,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 03 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 03 del 2026 se ha notificado cinco (5) muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda las cuales se encuentran en estudio. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 03 fue de 12, para una tasa de mortalidad de 0,3 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 03 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 03 del 2026 se han notificado cinco (5) 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 03 fue de 13 para una tasa de mortalidad de 0,4 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 03 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en la entidad territorial de Chocó; no hubo diferencias estadísticamente significativas 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 2022 y 2025 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>

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a Semana Epidemiológica 03, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	15	12	2	29
2024	14	10	5	29
2025p	10	6	5	21
2026p	12	3	2	17

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 12 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, se presentó un caso de muerte materna temprana en Nechí (Antioquia), Caucasia (Antioquia), Florencia (Caquetá), Valledupar (Cesar), Medio San Juan (Chocó), Subachoque (Cundinamarca), Tarqui (Huila), Caimito (Sucre) y Candelaria (Valle del Cauca); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 03 de 2026, el 66,7 % corresponde a causas directas y el 25,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 41,7 % (tabla 8).

En la semana epidemiológica 03 del 2026 se notificaron al Sivigila ocho (8) casos: cuatro (4) muertes maternas tempranas, tres (3) muertes maternas tardías y una (1) muerte materna coincidente. El país acumula 12 casos de muertes maternas tempranas residentes en territorio colombiano (tabla 5).

Tabla 6. Mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 03 del 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 03	Acumulado de casos a SE 03	
		2025	2026
Colombia	14	10	12
Antioquia	2	1	2
Bogotá, D. C.	2	1	1
Caquetá	0	0	1
Cesar	1	1	1
Chocó	1	1	1
Cundinamarca	1	2	1
Huila	0	0	1
La Guajira	2	1	1
Santa Marta	0	0	1
Sucre	0	0	1
Valle del Cauca	0	0	1
Barranquilla	1	1	0
Bolívar	1	0	0
Córdoba	1	0	0
Meta	1	0	0
Nariño	1	1	0
Santander	1	1	0
Tolima	1	0	0

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

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 03 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 03	Número de casos y proporción a SE 03 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	12	14	100	10	100	12	100
DIRECTA	8	8	57,1	8	80,0	8	66,7
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	4	4	28,6	3	30,0	5	41,7
Hemorragia obstétrica	2	2	14,3	1	10,0	2	16,7
Sepsis obstétrica	1	1	7,1	1	10,0	1	8,3
Evento tromboembólico como causa básica	2	1	7,1	2	20,0	0	0,0
Embarazo ectópico	1	0	0,0	1	10,0	0	0,0
INDIRECTA	4	6	42,9	2	20,0	3	25,0
Otras causas indirectas: neumonía	1	0	0,0	1	10,0	1	8,3
Otras causas indirectas	2	2	14,3	1	10,0	1	8,3
Otras causas indirectas: cáncer	0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Sepsis no obstétrica	2	3	21,4	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	7,1	0	0,0	0	0,0
En estudio	0	0	0,0	0	0,0	1	8,3

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

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2021-2024, Colombia, a Semana Epidemiológica 03 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 03	Valor observado SE 03
Colombia	14	12
Nechí (Antioquia)	0	1*
Caucasia (Antioquia)	0	1*
Florencia (Caquetá)	0	1*
Valledupar (Cesar)	0	1*
Medio San Juan (Chocó)	0	1*
Subachoque (Cundinamarca)	0	1*
Tarquí (Huila)	0	1*
Caimito (Sucre)	0	1*
Candelaria (Valle del Cauca)	0	1*

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2024, datos preliminares 2025. SE: semana epidemiológica. *Municipios que en el promedio histórico 2022 - 2025 no presentaron muertes maternas tempranas

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%2DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%2DPM.

A semana epidemiológica 03 del 2026 se han notificado 353 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 352 corresponden a residentes en Colombia y uno residente en el exterior. El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D. C., Antioquia, Cundinamarca, Barranquilla y Santander. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 03 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Córdoba, Santiago de Cali, La Guajira, Cartagena de Indias, Atlántico, Sucre, Bolívar y Casanare (tabla 9).

En el análisis desagregado por municipios se evidenciaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes: Popayán (Cauca), Girardot (Cundinamarca), Granada (Meta), Caucasia (Antioquia) y La Jagua de Ibirico (Cesar) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 45,5 %, seguido de neonatales tempranas con 24,7 %, neonatales tardías con 18,2 % y fetales intraparto con 11,6 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 21,6 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 15,1 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 03 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 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 03, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 03	Acumulado de casos a SE 03	
		2025	2026
Colombia	436	304	352
Bogotá, D. C.	45	45	56
Antioquia	46	38	38
Cundinamarca	22	18	19
Barranquilla	14	8	17
Santander	12	10	15
Cauca	13	8	14
Córdoba	21	14	13
Valle del Cauca	14	7	13
Nariño	13	10	12
Santiago de Cali	17	16	11
Cesar	15	10	11
Chocó	13	7	11
Meta	8	8	11
La Guajira	24	11	10
Huila	12	7	10
Norte de Santander	12	4	9
Caldas	7	6	8
Boyacá	7	3	7
Cartagena de Indias	17	15	7
Tolima	9	6	7
Atlántico	15	10	6
Risaralda	6	3	6
Sucre	11	6	6
Buenaventura	6	5	5
Quindío	4	2	5
Arauca	5	1	4
Magdalena	8	7	4
Bolívar	13	7	3
Caquetá	3	1	3
Santa Marta	6	2	3
Casanare	6	2	2
Guaínía	1	0	2
Putumayo	3	1	2
Vichada	2	1	2
Amazonas	1	1	0
Guaviare	1	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	2	0
Vaupés	1	1	0

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

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 03 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 03 2021 - 2025	Valor observado a SE 03 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	436	352	-
Popayán (Cauca)	2	5	1
Girardot (Cundinamarca)	1	4	2
Granada (Meta)	1	3	2
Caucasia (Antioquia)	0	2	1
La Jagua de Ibirico (Cesar)	0	2	1

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a Semana Epidemiológica 03, 2024-2026.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 03, 2024 -2026					
	2024 a SE 03	(%)	2025 a SE 03	(%)	2026 a SE 03	(%)
Colombia	375	100,0	304	100,0	352	100,0
Asfixia y causas relacionadas	88	23,5	84	27,6	76	21,6
Prematuridad-inmadurez	55	14,7	49	16,1	56	15,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	57	15,2	41	13,5	53	15,1
Sin información	0	0,0	10	3,3	33	9,4
Malformación congénita	34	9,1	22	7,2	31	8,8
Causas no específicas	14	3,7	11	3,6	30	8,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	51	13,6	37	12,2	23	6,5
Otras causas de muerte	24	6,4	19	6,3	21	6,0
Infecciones	35	9,3	22	7,2	20	5,7
Trastornos cardiovasculares	14	3,7	6	2,0	7	2,0
Lesión de causa externa	3	0,8	1	0,3	2	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	0	0,0	2	0,7	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 03 de 2026, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

Los canales endémicos para consultas externas, urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron a través de la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica y umbral estacional (promedio histórico) de los años 2019 a 2025 y el intervalo de confianza.

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

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

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 epidemiológico, 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 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 49 a 53 del 2025 y 01 a 03 del 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 49 a SE 52 2025	SE 53 2025 a SE 03 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	481 784	455 594	-5,44%	
Hospitalización en sala general	21 961	22 989	4,68%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 665	2 728	2,36%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 03 del 2026 se notificaron 118 352 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en Chocó, Magdalena, Santa Marta y Santander. Se presentó disminución en Amazonas, Arauca, Buenaventura, Caquetá, Huila, San Andrés y Vichada. Las 27 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (53 del 2025 y 01 a 03 del 2026) en 9 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 53 del 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 03 del 2026

Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Bello	3 936	4 770	5 277	6 293
Antioquia	Itagüí	4 563	4 798	5 759	6 036
Atlántico	Soledad	4 496	4 437	5 631	5 613
Cundinamarca	Soacha	2 678	3 220	4 104	4 131
Antioquia	Rionegro	2 093	2 809	2 560	3 557
Cundinamarca	Chia	2 822	2 663	2 981	3 447
La Guajira	Maicao	2 279	2 379	2 974	3 299
La Guajira	Uribe	1 930	2 240	2 480	2 989
Antioquia	Envigado	1 546	2 309	1 862	2 983
Risaralda	Dosquebradas	1 798	1 735	1 586	2 084
Valle del Cauca	Palmira	1 879	1 590	1 720	2 057
Santander	Barrancabermeja D. E.	1 766	1 558	1 212	1 982
Santander	Floridablanca	1 373	1 462	1 473	1 874
Cordoba	Sahagún	1 042	1 475	1 583	1 659
Cordoba	Cereté	937	1 252	576	1 508
Magdalena	Ciénaga	1 341	1 206	1 319	1 506
Bolívar	Magangué	765	1 194	1 102	1 381
Cundinamarca	Zipaquirá	914	1 052	1 347	1 373
Boyacá	Duitama	1 047	1 064	1 724	1 360
Antioquia	Apartado	677	1 082	1 152	1 344
Valle del Cauca	Cartago	1 145	1 028	1 140	1 308
Valle del Cauca	Yumbo	1 056	823	821	1 297
Boyacá	Sogamoso	756	987	1 054	1 227
Cundinamarca	Girardot	1 095	948	1 192	1 184
Antioquia	Turbo D. E.	717	874	871	1 110
Norte de Santander	Ocaña	887	901	970	1 096
Cordoba	Lorica	714	751	940	911
Cundinamarca	Facatativá	751	634	1 469	778
Valle del Cauca	Tuluá	1 231	604	996	740
Cundinamarca	Madrid	529	559	985	711
Cesar	Aguachica	465	583	906	647
Cundinamarca	Funza	983	503	728	624
Casanare	Yopal	491	537	786	620
Santander	Piedecuesta	456	475	447	616
Cauca	Santander De Quilichao	552	461	716	557
Valle del Cauca	Buenaventura D. E.	358	448	734	532
Huila	Pitalito	492	437	859	524
Norte de Santander	Villa Del Rosario	366	367	596	490
Atlántico	Malambo	258	380	429	460
Cauca	Guapi	292	293	157	408
Cundinamarca	Mosquera	236	307	386	403
Santander	Giron	312	283	312	386
Nariño	La Florida	69	68	33	79

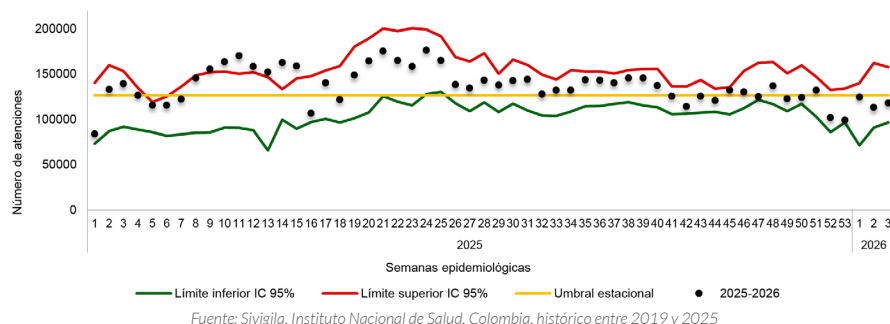
*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

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 (53 del 2025 y 01 a 03 del 2026), por grupos de edad: los de 20 a 39 años representaron el 22,9 % (127 490) de las consultas, seguido por el grupo mayor de 60 años con el 16,9 % (94 407). 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 10,5 % y los menores de un año con el 8,6 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 50 a 53 del 2025 se mantuvieron dentro de lo esperado; siguiendo la misma tendencia en semana 01 a 03 del 2026 (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 53 del 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 03 del 2026



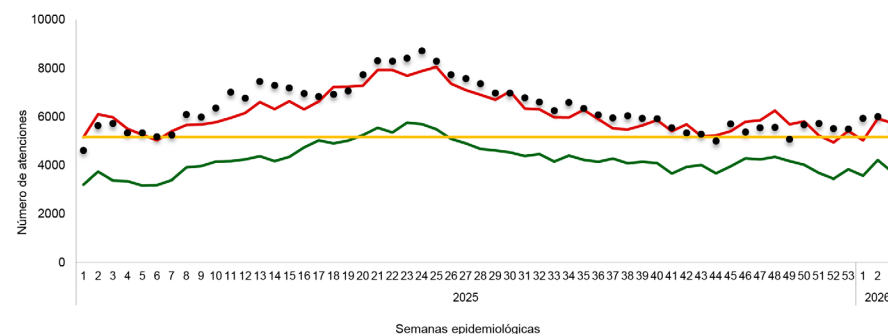
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 03 del 2026 se notificaron 5 573 hospitalizaciones por IRA en sala general. De acuerdo con el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Chocó, Guainía y el Huila e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla D. E., Bolívar, Boyacá, Cartagena de Indias D. T., Cauca, Córdoba, Guaviare, Nariño, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta D. T., Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 16 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (53 del 2025 y 01 a 03 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (8 381) representaron el 36,4 %, seguido de los menores de un año con el 11,2 % (2 584). 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 24,4 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 19,2 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, se evidenció que las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior durante las semanas epidemiológicas 50 a 53 del 2025. Asimismo, en las semanas 01 y 02 del 2026 se observó una tendencia al incremento, con una discreta disminución en la semana epidemiológica 03 del 2026 (figura 9).

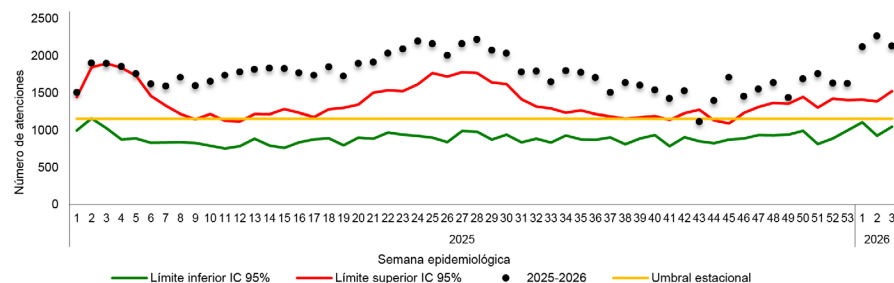
Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 53 del 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 03 del 2026



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

En la semana epidemiológica 03 del 2026, se notificaron 2 139 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 del 2025 se ubicó por encima del límite superior, siguiendo con la misma tendencia en semana 03 del 2026 (figura 10).

Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 53 del 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 03 del 2026



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

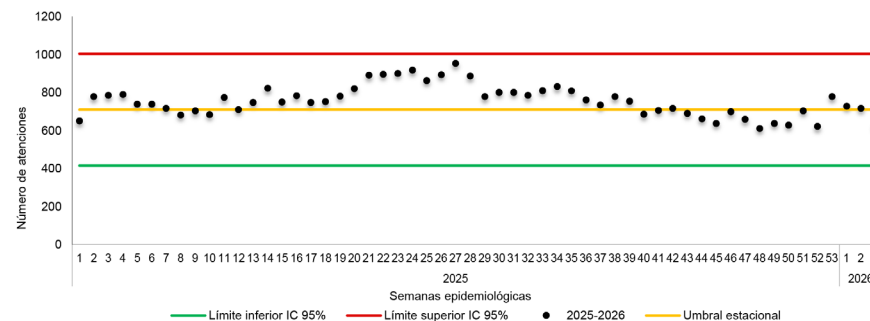
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 03 del 2026 se notificaron 621 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Caldas, Santiago de Cali D. E., Cartagena de Indias D. T., Casanare, Huila, La Guajira, Norte de Santander, Quindío y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Bolívar, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena, Meta, Nariño y Santa Marta D. T. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (53 del 2025 y 01 a 03 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 29,9 % (1 217), seguido de los menores de un año con el 11,3 % (462) 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 16,2 % seguido de los niños de un año con el 14,6 %.

En el gráfico de control de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 50 a 53 se observó una tendencia a ubicarse por debajo del umbral estacional. No obstante, en las semanas 01 y 02 del 2026 se evidenció un incremento, situándose por encima del umbral estacional, con descenso en la semana epidemiológica 03 del 2026 (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 53 del 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 03 del 2026

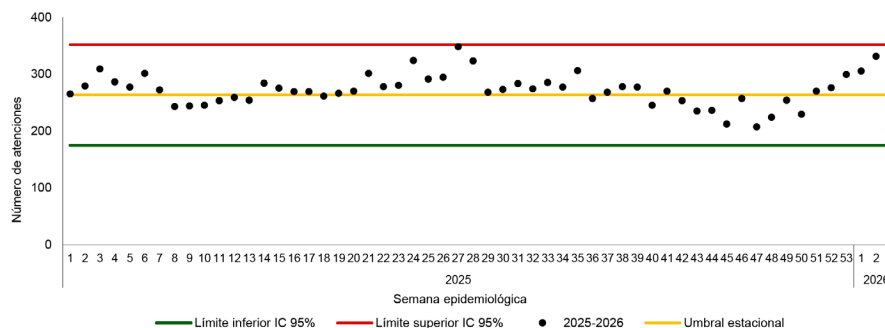


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2025

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

En la semana epidemiológica 03 del 2026, se notificaron 282 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad esta semana se ubicó por encima del umbral estacional, siguiendo la misma tendencia observada entre las semanas 50 a 53 del 2025 (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 53 de 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 03 de 2026



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

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias y positiva en las hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM para la semana epidemiológica 03 del 2026 se encontraron dentro de los límites esperado; no obstante, el servicio de hospitalización en sala general se ubicó por encima del límite superior del canal endémico.

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

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

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

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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas ha presentado incremento en todas las regiones excepto Brasil y Cono Sur. La influenza A(H3N2) predominó entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina, donde predominó la influenza A(H1N1)pdm09. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles bajos de circulación en la región excepto la subregión Caribe¹.

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 03, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un incremento general de la positividad, Influenza A y parainfluenza. Al decremento VSR, enterovirus y adenovirus, los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14). 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.

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.

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 49 del 2025 a 03 del 2026

Agente viral identificado	SE 49 a SE 52			SE 53 del 2025 a SE 03 del 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	60 años	
Positividad general	56,3	66,4	40,4	60,1	63,4	60,4	
Rinovirus	15,0	15,8	4,3	14,3	16,2	6,9	
Virus sincitial respiratorio	21,0	30,7	2,2	14,3	24,6	5,2	
Enterovirus	7,2	6,0	8,7	3,9	3,1	5,2	
Adenovirus	6,9	9,3	-	3,5	3,1	1,7	
Influenza B	0,3	-	-	0,8	0,8	-	
Influenza A	13,5	5,1	39,1	26,4	16,2	39,7	
Parainfluenza	8,7	11,6	4,3	14,0	16,2	10,3	
Metapneumovirus	8,3	9,8	8,7	5,4	6,9	3,4	
A(H1N1)pdm09	13,7	5,6	28,3	12,0	6,2	20,7	
SARS-CoV2	2,7	3,3	2,2	3,5	3,8	3,4	
A(H3N2)	-	-	-	-	-	-	
Coronavirus	2,7	2,8	2,1	1,9	2,3	3,4	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026
SE: semana epidemiológica

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.
*Se muestra la variación con significancia estadística

COVID-19

Metodología

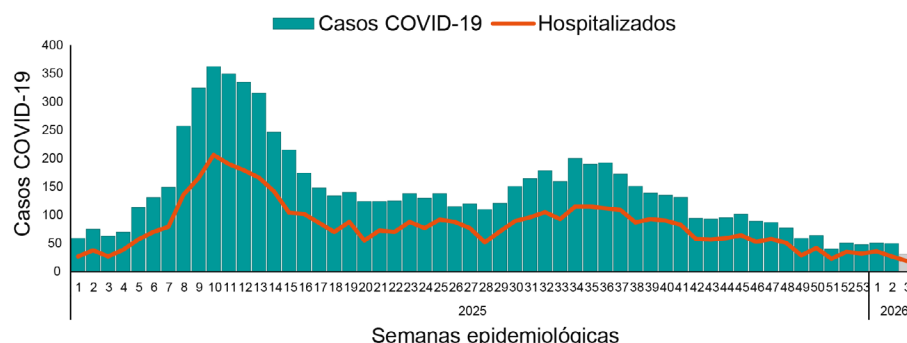
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 03 del 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 lo corrido del 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 03), con corte al 24 de enero y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 131 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En las últimas cuatro semanas epidemiológica (53 del 2025 a 03 del 2026), se observó una disminución del 16,4 %, con 179 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 49 a 52 del 2025), en el cual se reportaron 214 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 11,6 % pasando de 129 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 114 casos en el periodo analizado (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de COVID-19. Colombia, Semana Epidemiológica 01 del 2025 a 03 del 2026



Fuente: Sivigila, SE 01-53 de 2025 y 01-03 de 2026
*SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 53 de 2025 a 03 de 2026), se registró una incidencia de 0,34 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 26 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 71 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 49 a 52 del 2025), se evidencia un aumento en la notificación de COVID-19 a nivel departamental en: Cauca, Cesar y Risaralda y a nivel municipal en Popayán (Cauca), El Tambo (Cauca), Montería (Córdoba), Tocancipá (Cundinamarca), Túquerres (Nariño) y Armenia (Quindío).

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 49 a 52 del 2025) y actual (semanas epidemiológicas 53 de 2025 a 03 de 2026) se observa una disminución de los casos de COVID-19 en la mayoría de los grupos de edad. Las reducciones más marcadas corresponden al grupo de 30 a 39 años (-77,3 %), seguido por los de 2 a 4 años (-50,0 %) y 5 a 9 años (-33,3 %). En contraste, se registró un aumento en el grupo de 10 a 19 años (28,6 %) y 40 a 49 años (27,3 %). No se evidenciaron cambios en los grupos menores de 1 año, de 60 a 69 años y en los mayores de 90 años (tabla 15).

Tabla 15. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas: 49 de 2025 a 03 del 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 49-52	SE 53 2025, SE 01-03 2026		
Menor de un año	54	51	-5,56	
1 año	13	13	0,00	
2 a 4 años	16	8	-50,00	
5 a 9 años	9	6	-33,33	
10 a 19 años	7	9	-28,57	
20 a 29 años	12	11	-8,33	
30 a 39 años	22	5	-77,27	
40 a 49 años	11	14	-27,27	
50 a 59 años	16	15	-6,25	
60 a 69 años	21	21	-0,00	
70 a 79 años	21	16	-23,81	
80 a 89 años	9	7	22,22	
90 a 99 años	3	3	0,00	
Mayor a 100 años	0	0	0,00	
Total	214	179	-16,36	

Fuente: Sivigila, SE 49 a 52 del 2025 y SE 53 del 2025 y 01 a 03 del 2026. SE: semana epidemiológica.
PE: periodo epidemiológico

En lo corrido del 2026, se han notificado en Colombia tres fallecimientos asociados a COVID-19, correspondientes a los municipios de Medellín, Riohacha y San Juan de Pasto.

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 03 del 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 03 del 2025 se notificaron 2 537 casos de dengue: 2 013 casos de esta semana y 524 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 6 987 casos, 4 208 (60,2 %) sin signos de alarma, 2 705 (38,7 %) con signos de alarma y 74 (1,1 %) de dengue grave.

El 56,9 % (3 976) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena de Indias D. T., Cesar, Meta, Santander, Norte de Santander, Barranquilla D. E., Santa Marta D. T. y Tolima.

Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación. Colombia, a Semana Epidemiológica 03 del 2026

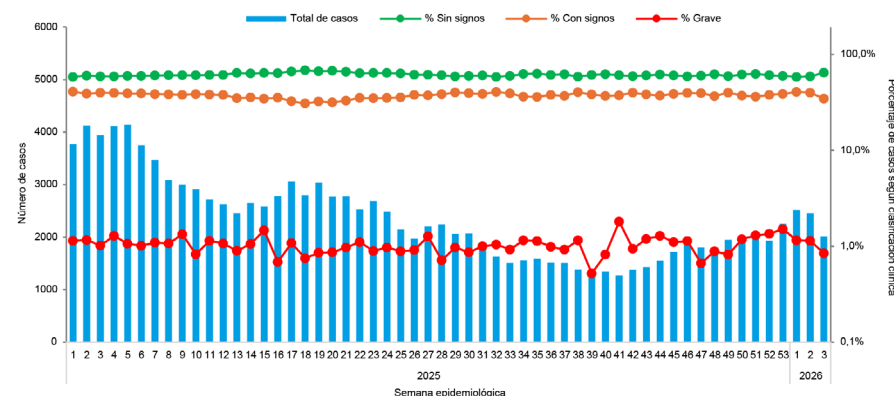
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 48-51 de 2025)	Observado (SE 52-53 de 2025, SE 01-02 de 2026)
Cartagena de Indias D. T.	678	22,3	1,6	954	1018
Cesar	635	55,0	0,6	541	771
Meta	548	30,8	1,1	574	671
Santander	484	34,7	0,0	585	585
Norte de Santander	452	36,7	0,4	513	606
Barranquilla D. E.	410	40,0	1,2	433	568
Santa Marta D. E.	400	41,3	0,3	639	545
Tolima	369	32,8	2,4	297	425
La Guajira	308	57,8	2,3	346	408
Bolívar	292	38,0	2,1	371	414
Antioquia	292	34,6	1,0	284	401
Atlántico	279	49,5	1,4	425	391
Magdalena	248	51,6	0,8	395	343
Córdoba	234	53,4	1,7	275	338
Cundinamarca	162	38,3	1,2	104	197
Huila	149	39,6	2,7	82	159
Valle del Cauca	132	25,0	0,0	220	201
Sucre	127	53,5	0,8	116	188
Santiago de Cali D. E.	114	37,7	0,9	151	155
Guaviare	109	23,9	0,0	10	102
Putumayo	103	13,6	0,0	56	95
Arauca	83	39,8	0,0	88	104
Chocó	67	41,8	0,0	56	79
Amazonas	54	27,8	0,0	39	65
Casanare	53	24,5	0,0	40	60
Quindío	35	25,7	0,0	50	40
Nariño	33	39,4	0,0	46	34
Caquetá	22	54,5	0,0	24	30
Risaralda	21	38,1	0,0	14	45
Exterior	20	30,0	10,0	18	23
Cauca	20	30,0	0,0	25	20
Boyacá	17	70,6	0,0	41	28
Caldas	16	31,3	0,0	7	14
Vaupés	8	0,0	0,0	16	19
Vichada	6	50,0	0,0	10	9
Buenaventura D. E.	5	40,0	0,0	5	7
Archipiélago de San Andrés y Providencia	2	50,0	0,0	1	3
Guainía	0	0,0	0,0	2	1
Colombia	6 987	38,7	1,1	7 853	9 162

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 52 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Antioquia, Barranquilla D. E., Caldas, Casanare, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Putumayo, Risaralda, Sucre y Tolima; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,4 % a nivel nacional (figura 14); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 52 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026) fueron: Cartagena de Indias D. T., Cesar, Meta, Norte de Santander, Santander, Barranquilla D. E. y Santa Marta D. T..

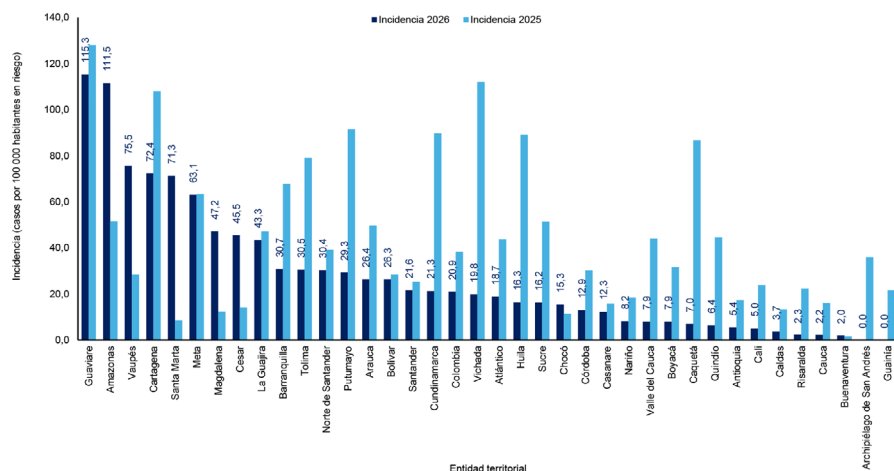
Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica. 2025-2026



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

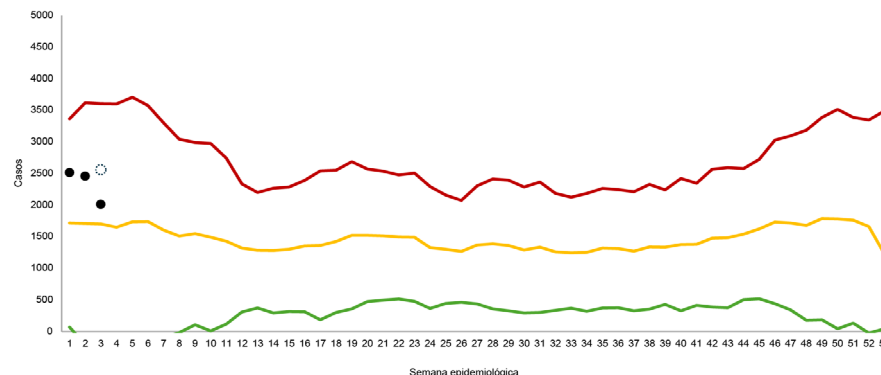
A semana epidemiológica 03 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 20,9 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 38,2 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Guaviare, Amazonas, Vaupés, Cartagena de Indias D. T. y Santa Marta D. T. presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 03 del 2026 registrando tasas superiores a 70 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 39,2 casos por 100 000 habitantes.

Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a Semana Epidemiológica 03 de 2025- 2026.



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

Figura 16. Canal endémico de dengue. Colombia, 2026*



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

Tabla 17 Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad. Colombia, a Semana Epidemiológica 03 del 2026

Situación epidemiológica a SE 03, 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	Chocó, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta D. T., Vaupés	Vichada
Alerta	Atlántico, Bolívar	Antioquia, Quindío, La Guajira, Nariño y Santander	Amazonas, Arauca, Boyacá, Casanare, Guaviare, Meta
Dentro de lo esperado	Barranquilla D. E., Córdoba, Archipiélago de San Andrés y Providencia	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, Tolima, Sucre, Risaralda y Valle del Cauca	Caquetá, Cauca, Santiago de Cali D. E., Guainía, Putumayo y Huila

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

26 En la semana epidemiológica 03 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 16,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 52 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 48 a 51 del 2025) (figura 16).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 43,2 % (16) se encuentra dentro de lo esperado, el 35,1 % (13) se encuentra en situación de alerta y el 21,6 % (8) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 03 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 12,3 % (102) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 21 % (12/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

Tabla 18. Municipios con comportamiento de dengue por encima de lo esperado según canal endémico, con población menor a 100 000 habituales en riesgo para dengue. Colombia, a Semana Epidemiológica 03 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Esperado (SE 48-51, 2025)	Observado (SE 52-53, 2025, SE 01-03 2026)
Antioquia	Bello	0,5	3	11	6
Bolívar	Cartagena de Indias D. T.	64,3	678	954	1 018
Cesar	Valledupar	46,2	255	232	304
Córdoba	Cereté	11,8	13	13	22
La Guajira	Riohacha D. E.	65,4	137	114	181
	Maicao	33,3	64	39	82
Santa Marta D. T.	Santa Marta D. T.	72,4	400	639	545
Magdalena	Ciénega	20,4	26	44	33
Meta	Villavicencio	80,2	409	419	491
Norte de Santander	Cúcuta	29,3	224	229	273
Santander	Barrancabermeja D. E.	39,6	85	86	96
Arauca	Arauca	8,0	8	15	15

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

A semana epidemiológica 03 del 2026, se notificaron 18 muertes probables por dengue las cuales se encuentran en estudio. Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 12 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia. Colombia, a semana epidemiológica 03, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 03, 2026	Letalidad por dengue a SE 03, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	0	3	0,00	0,00
Córdoba	0	2	0,00	0,18
Risaralda	0	2	0,00	0,48
Tolima	0	2	0,00	0,10
Antioquia	0	1	0,00	0,11
Atlántico	0	1	0,00	0,31
Barranquilla	0	1	0,00	0,11
Bolívar	0	1	0,00	0,00
Cundinamarca	0	1	0,00	0,00
Magdalena	0	1	0,00	0,00
Meta	0	1	0,00	0,00
Norte de Santander	0	1	0,00	0,00
Sucre	0	1	0,00	0,00
Colombia	0	18	0,00	0,09

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

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

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 03 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril ($> 37,5^{\circ}\text{C}$) actual o reciente (hasta de dos semanas o 15 días previos a la consulta), procedente de área o región endémica de malaria en los últimos 15 días, cuya enfermedad se confirme por la identificación de especies de *Plasmodium spp.*, mediante algún examen parasitológico como: (gota gruesa), pruebas rápidas de detección de antígeno parasitario (PDR), o en situaciones especiales, técnica molecular (PCR)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 (hasta 156 por año)	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 m. n. m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

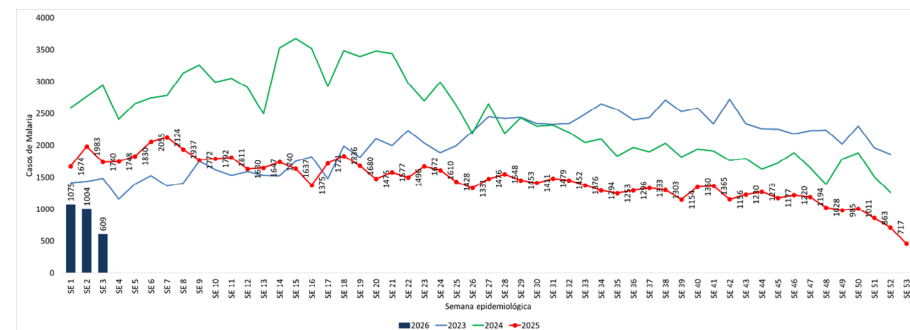
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

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 17).

Figura 17. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, Semanas Epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 03 del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 03 del 2026 se notificaron 1 113 casos de malaria, para un acumulado de 2 688 casos, de los cuales 2 623 son de malaria no complicada y 65 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 78,7 % (2 116), seguido de *Plasmodium falciparum* con 20,1 % (539) e infección mixta con 1,2 % (33). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,5 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (21,6 %), Antioquia (15,8 %), Córdoba (11,5 %), Amazonas (8,4 %), Guainía (8,1 %), Nariño (6,4 %), Meta (4,7), Bolívar (3,7 %), Vaupés (3,5 %), Risaralda (2,9 %), Guaviare (2,4 %), Cauca (2,3 %) y Vichada (2,3 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,7 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 49 a 53 del 2025 y 01 a 03 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 49 a 52	Casos 2025 SE 53 y SE 01 a 03 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	199	245	224	5,25
Córdoba	Tierralta	189	245	231	1,89
Meta	Puerto Gaitán	113	148	126	2,45
Antioquia	El Bagre	90	147	98	1,60
Chocó	Lloró	86	73	98	8,10
Amazonas	Tarapacá (CD)	76	82	85	17,37
Vaupés	Mitú	72	75	82	2,96
Chocó	Bagadó	70	135	71	5,91
Risaralda	Pueblo Rico	65	116	69	3,87
Chocó	Quibdó	65	93	85	0,45
Bolívar	Montecristo	58	65	69	3,16
Córdoba	Puerto Libertador	54	50	55	1,19
Chocó	Medio San Juan	51	47	77	4,34
Amazonas	La Pedrera (CD)	50	124	63	11,75
Buenaventura	Buenaventura	45	74	51	0,14
Vichada	Puerto Carreño	43	75	53	1,90
Norte de Santander	Tibú	43	30	54	0,69
Chocó	Istmina	41	51	60	1,21
Cauca	Guapi	41	23	47	1,39
Nariño	Magüí	37	15	42	0,14
Chocó	Bajo Baudó	37	68	45	1,09
Guaviare	San José del Guaviare	33	35	36	0,52
Nariño	El Charco	31	27	40	1,33
Antioquia	Vigía del Fuerte	28	49	40	2,87
Antioquia	Nechí	27	46	39	0,97
Antioquia	Turbo	27	35	28	0,20
Antioquia	Mutatá	26	39	27	1,73
Antioquia	Zaragoza	25	25	26	0,95
Chocó	Medio Baudó	24	26	24	1,42
Chocó	Río Quito	24	26	24	2,62
Chocó	El Cantón del San Pablo	23	16	24	3,33
Antioquia	Cáceres	23	41	32	0,74
Antioquia	Chigorodó	23	31	24	0,37
Nariño	Olaya Herrera	23	31	24	0,87
Chocó	Tadó	20	32	26	0,99

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 71,7 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 54,8 % de los casos. En comparación con el período anterior (SE 48 a 51 de 2025) se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Puerto Gaitán, El Bagre, Pueblo Rico, Bagadó, La Pedrera (CD) y Puerto Carreño y en incremento los municipios de El Encanto, Mitú, Tarapacá (CD), Lloró, Montecristo, Puerto Libertador y Tibú (tabla 21). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 64,3 % En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Buenaventura, Puerto Gaitán, Tierralta, Inírida y Bagadó y en incremento los municipios de Guapi, Quibdó, Magüí, El Charco, Lloró, Istmina, Vigía del Fuerte, Medio San Juan, Río Quito y Turbo como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 49 a 53 del 2025 y 01 a 03 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 49 a 53 de 2025	Casos 53 de 2025 y SE 01 a 03 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	225	203	-10%	8,7%
Córdoba	Tierralta	202	203	0%	8,0%
Meta	Puerto Gaitán	109	99	-9%	4,3%
Antioquia	El Bagre	133	96	-28%	4,3%
Amazonas	El Encanto	21	72	243%	3,2%
Vaupés	Mitú	73	76	4%	3,2%
Amazonas	Tarapacá (CD)	67	71	6%	3,0%
Risaralda	Pueblo Rico	108	65	-40%	3,0%
Chocó	Lloró	55	65	18%	2,7%
Amazonas	Bagadó	99	57	-42%	2,7%
Bolívar	Montecristo	65	67	3%	2,7%
Córdoba	Puerto Libertador	50	55	10%	2,6%
Amazonas	La Pedrera (CD)	124	62	-50%	2,4%
Norte de Santander	Tibú	30	54	80%	2,1%
Vichada	Puerto Carreño	75	50	-33%	1,9%

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

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 49 a 53 del 2025 y 01 a 03 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 49 a 53 de 2025	Casos SE 52 a 53 de 2025 y SE 01 a 03 2026	Variación	% Aporte Nacional
Cauca	Guapi	23	44	91%	7,2%
Chocó	Quibdó	43	51	19%	7,0%
Buenaventura	Buenaventura	33	29	-12%	5,1%
Nariño	Magüi	11	29	164%	4,9%
Nariño	El Charco	19	35	84%	4,9%
Chocó	Lloró	10	26	160%	4,7%
Meta	Puerto Gaitán	39	26	-33%	4,3%
Córdoba	Tierralta	43	24	-44%	4,0%
Chocó	Istmina	26	29	12%	3,8%
Antioquia	Vigía del Fuerte	28	30	7%	3,6%
Chocó	Medio San Juan	17	32	88%	3,6%
Guainía	Inírida	20	18	-10%	3,2%
Chocó	Río Quito	11	17	55%	3,2%
Chocó	Bagadó	32	14	-56%	2,6%
Antioquia	Turbo	6	11	83%	2,1%

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

Comportamientos inusuales en Entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 03 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran 6 departamentos en situación de incremento y 7 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 8 municipios en incremento y 5 municipios en decremento (tabla 23).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 03 del 2026.

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 02 2025	Acumulado 2026	SE 02 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	6	2	10	1	0	6
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	3	1	51	8	20	26
Antioquia	Nechí	4	81	19	27	5	8	24
Antioquia	Yondó	4	1	0	10	3	1	3
Guainía	Inírida	5	128	42	199	27	63	72
Meta	Puerto Gaitán	4	5	4	115	34	5	37
Vaupés	Taraira	5	3	2	19	2	3	7
Vichada	Puerto Carreño	4	9	3	44	5	6	11

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 03 del 2026, se han notificado 1 090 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 1 083 corresponden a residentes en Colombia y siete (7) casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (04 del 2025 a 03 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 (tabla 24).

El 82,3 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 17,7 % como desnutrición aguda severa. En los niños y niñas mayores de seis meses, el 6,5 % presentaron 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 (27,3 %) y de 1 año (27,9 %). Según el área de residencia, el 67,0 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 03 del 2026, se identificó variaciones significativas en la notificación de casos de desnutrición aguda en los departamentos de Amazonas, Antioquia, Bolívar, Caldas, Cauca, Córdoba, Putumayo, Santa Marta D. T., Tolima, Vaupés y Vichada; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 90 municipios a nivel nacional (8,0 %) y de disminución en 10 municipios (0,9 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 a 2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 15 municipios (tabla 25).

Tabla 24. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a Semana Epidemiológica 03, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 03 de 2025	Casos a SE 03 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	951	1083	0,65	8,0	0,9
La Guajira	111	100	2,49	6,7	6,7
Vichada	9	2	1,79	0,0	50,0
Chocó	59	42	1,60	12,9	6,5
Arauca	12	16	1,47	28,6	0,0
Guaviare	4	7	1,14	25,0	0,0
Vaupés	2	0	1,02	0,0	0,0
Magdalena	23	35	0,79	13,3	0,0
Casanare	5	9	0,76	5,3	0,0
Risaralda	26	24	0,73	7,1	0,0
Amazonas	4	0	0,70	0,0	0,0
Bogotá D. C.	126	147	0,70	0,0	0,0
Nariño	38	39	0,70	7,8	1,6
Guainía	0	1	0,69	0,0	0,0
Buenaventura D. E.	12	8	0,68	0,0	0,0
Cesar	52	31	0,66	8,0	4,0
Antioquia	111	153	0,66	11,2	0,0
Cundinamarca	65	57	0,61	7,8	0,9
Bolívar	19	36	0,60	15,2	0,0
Meta	13	19	0,60	10,3	3,4
Boyacá	21	28	0,60	4,1	0,0
Putumayo	11	18	0,60	23,1	0,0
Cartagena de Indias D. T.	27	35	0,59	0,0	0,0
Norte Santander	24	29	0,56	7,5	0,0
Santiago de Cali D. E.	19	30	0,51	0,0	0,0
Huila	19	30	0,51	13,5	0,0
Tolima	14	23	0,51	4,3	0,0
Caquetá	4	10	0,49	18,8	0,0
Valle del Cauca	25	37	0,45	2,4	0,0
Caldas	3	12	0,44	11,1	0,0
Santander	25	25	0,41	4,6	0,0
Atlántico	8	18	0,39	4,3	0,0
Córdoba	22	19	0,34	3,3	3,3
Sucre	13	11	0,33	7,7	0,0
Santa Marta D. T.	7	10	0,32	100,0	0,0
Barranquilla D. E.	6	9	0,31	0,0	0,0
Quindío	1	4	0,28	8,3	0,0
Cauca	11	8	0,26	2,4	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	1	0,25	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 4 del 2025 a SE 3 del 2026.

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

Tabla 25. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a Semana Epidemiológica 03 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín D. E.	36	64
La Guajira	Riohacha D. E.	22	29
Nariño	San Andrés de Tumaco D. E.	11	21
Cundinamarca	Soacha	24	18
Huila	Neiva	10	15
Antioquia	Rionegro	2	10
La Guajira	Maicao	20	9
Tolima	Ibagué	1	9
Córdoba	Montería	13	7
Bolívar	Magangué	3	6
Caquetá	Florencia	2	6
Valle del Cauca	Tuluá	2	6
Sucre	Sincelejo	2	5
Cesar	Aguachica	1	4
Antioquia	Itagüí	1	3

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

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

Tos ferina

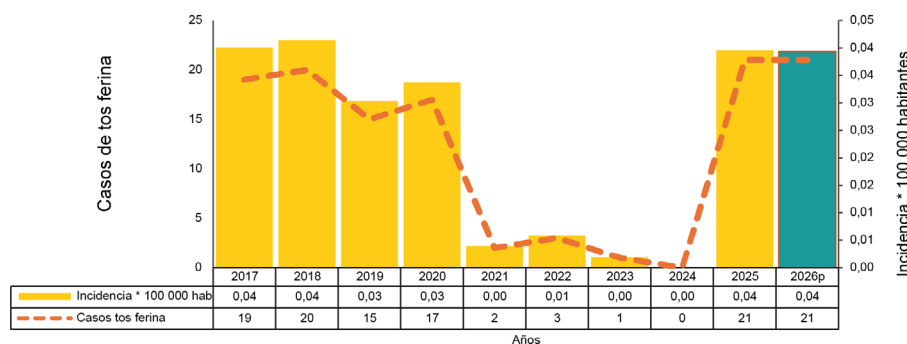
Comportamiento de la Tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 02 del 2026

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

Durante la semana epidemiológica 02 del 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 132 casos probables de Tos ferina. De estos, el 15,9 % (n = 21) se confirmaron y corresponden a casos con procedencia de Colombia, el 0,8 % (n = 1) corresponde a casos descartados y el 83,3 % (n = 110) se encuentran en estudio.

La incidencia nacional es de 0,04 casos por cada 100 000 habitantes. Al compararla con los registros históricos para la misma semana epidemiológica, se observa un comportamiento similar al registrado en las primeras semanas de los años previos para tos ferina (figura 18).

Figura 18. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 02, 2017 al 2026p

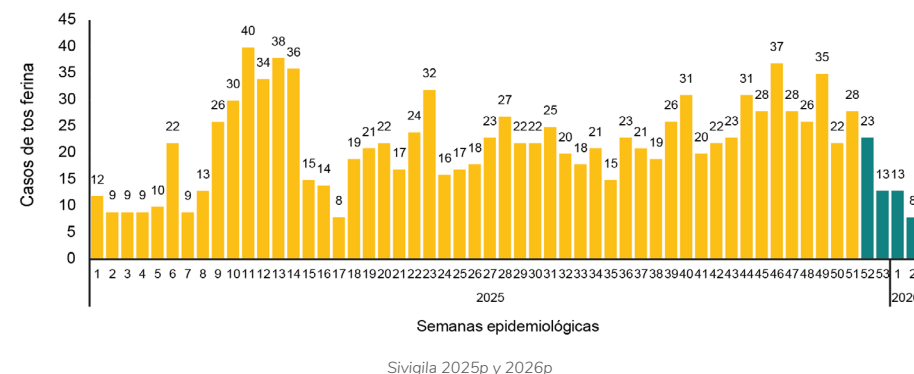


Fuente: Sivigila 2017 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 19 muestra el comportamiento semanal de los casos de Tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana 06, con un pico máximo en la semana 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa, aunque con repuntes en las semanas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos) y 49 (35 casos). En las últimas cuatro semanas epidemiológicas se registra una reducción del 48,6 %, al pasar de 111 casos (semanas epidemiológicas 48 a 51) a 57 casos (semanas epidemiológicas 52 a 53 del 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 02 del 2026). Cabe resaltar que esta información está sujeta a cambios debido al rezago en la confirmación de los casos.

Figura 19. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01-53 del 2025 y 01-02 del 2026p



Comportamiento de la Tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 02, del 2019 al 2026p

El mayor número de casos se registró en Cartagena de Indias D. T., con nueve casos y una incidencia de 0,89 casos por cada 100 000 habitantes. Le sigue Risaralda, Bolívar y Santiago de Cali D. E., con dos casos cada uno e incidencias de 0,20, 0,16 y 0,09 casos por cada 100 000 habitantes, respectivamente.

La tabla 26 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026p para la misma semana epidemiológica.

Tabla 26. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 02, (2019 al 2026p).

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026p	Tendencia	2025
Colombia	0,03	0,03	0,00	0,01	0,00	0,04	0,00	0,00		21
Cartagena de Indias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89		9
Casanare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21		1
Risaralda	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20		2
Bolívar	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,16		2
Sucre	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10		1
La Guajira	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,09		1
Santiago de Cali	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09		2
Barranquilla	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,08		1
Boyacá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08		1
Cundinamarca	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,03		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2026p

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,11 casos por cada 100 000 habitantes (57 casos). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (52 a 53 del 2025 y 01 a 02 del 2026) en: Cartagena de Indias D. T., Risaralda, La Guajira, Santa Marta D. T. y Cauca (tabla 27).

Tabla 27. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia, por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas 52-53 del 2025 y 01-02 del 2026

Entidad territorial	Casos pe anterior (SE 48-51)	Casos PE actual (SE 52-53 de 2025 y 01-02 de 2026)	Incidencia PE anterior (SE 48-51)	Casos pe actual (SE 52-53 de 2025 y 01-02 de 2026)	Tendencia
Colombia	111	57	0,21	0,11	
Cartagena de Indias D. T.	13	15	1,29	1,48	
Risaralda	2	4	0,20	0,40	
La Guajira	0	4	0,00	0,37	
Santa Marta D. T.	0	1	0,00	0,17	
Cauca	0	2	0,00	0,13	
Cesar	8	5	0,54	0,34	
Bolívar	5	3	0,41	0,24	
Chocó	2	1	0,34	0,17	
Barranquilla D. E.	6	2	0,47	0,16	
Santiago de Cali D. E.	7	3	0,31	0,13	
Sucre	3	1	0,29	0,10	
Antioquia	24	6	0,35	0,09	
Atlántico	3	1	0,19	0,06	
Cundinamarca	4	2	0,11	0,06	
Córdoba	6	1	0,30	0,05	
Santander	3	1	0,13	0,04	
Bogotá D. C.	8	1	0,10	0,01	
Caldas	2	0	0,19	0,00	
Caquetá	1	0	0,23	0,00	
Huila	1	0	0,08	0,00	
Nariño	1	0	0,06	0,00	
Norte de Santander	5	0	0,29	0,00	
Quindío	1	0	0,18	0,00	
Vaupés	1	0	2,27	0,00	

Fuente: Sivigila 2025p y 2026p

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

Al inicio del año epidemiológico 2026 (semana epidemiológica 02), se identificaron dos casos confirmados para la enfermedad en el departamento de Risaralda: uno correspondiente al municipio de Balboa y otro en Pueblo Rico. No obstante, es importante señalar que, de acuerdo con la fecha de inicio de síntomas, durante la semana epidemiológica 02 del 2026 aún se encuentran en seguimiento y sin cierre epidemiológico algunos brotes iniciados en el año 2025, los cuales continúan aportando casos al periodo actual. A continuación, se incluyen los brotes en seguimiento (tabla 28).

Tabla 28. Brotes de Tos ferina en seguimiento, Colombia, 2025 y 2026 datos preliminares.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Fallecidos	Población	Tasa de ataque	Letalidad	FIS último caso	Fecha de cierre
Risaralda	Pueblo Rico	3	0	-	-	0,00	11/01/2026	22/02/2026
	Balboa	1	0	64	1,56	0,00	12/01/2026	23/02/2026
La Guajira	Maicao	3	0	5	60,00	0,00	28/12/2025	08/02/2026
Antioquia	Dabeiba	9	1	4 652	0,19	0,02	26/01/2025	09/03/2025
Risaralda	Mistrató	3	1	9	33,33	11,11	29/12/2025	09/02/2026
Vaupés	Yavaraté (CD)	3	1	280	1,07	0,36	13/12/2025	24/01/2026

FIS: fecha de inicio de síntomas
Fallecidos en color rojo: corresponden a muertes en estudio
Fuente: Sivigila 2025p y 2026p.



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización de fiebre amarilla a nivel nacional, enero 27 de 2026

Durante el 2024 se confirmaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos, lo que representa una letalidad del 56,5 % (13/23). Mientras que, para el 2025 se confirmaron 125 casos de fiebre amarilla procedentes de Colombia y tres (3) casos procedentes del exterior (Venezuela: Estado de Apure 2 casos y Estado de Amazonas 1 caso); 51 casos fallecieron (46 confirmados como causa de muerte fiebre amarilla y 5 con causa de fallecimiento diferente a fiebre amarilla), con una letalidad del 36,8 % (46/125).

En el acumulado 2025-2026 (datos preliminares), con corte al 27 de enero de 2026, se han notificado 2 306 casos de fiebre amarilla. De estos, 138 han sido confirmados con procedencia de Colombia y tres (3) corresponden a casos importados, procedentes de Venezuela (estado Apure dos (2) casos y estado Amazonas un (1) caso).

Adicionalmente, se han descartado 2 168 casos. Durante este periodo se han registrado 60 fallecimientos, de los cuales 48¹ fueron confirmados con causa de muerte atribuible a fiebre amarilla; cinco (5) presentaron causa de fallecimiento diferente y siete (7) permanecen en estudio. Con base en los casos confirmados, la letalidad se estima en 34,8 % (48/138)².

En el acumulado de los años 2024, 2025 y 2026 (datos preliminares) se han registrado 161 casos confirmados de fiebre amarilla, la distribución geográfica de los casos confirmados acumulados se concentra en 10 departamentos de Colombia y tres (3) son procedentes del exterior:

- **Tolima (141 casos):** con 12 municipios afectados: Ataco (27), Villarrica (22), Cunday (30), Prado (20), Chaparral (17), Rioblanco (9), Purificación (8), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1), Espinal (1).
- **Putumayo (8 casos):** Orito (4), Villagarzón (2), San Miguel (1), Valle del Guamuez (1).
- **Meta (3 caso):** San Martín (1), Granada (1), La Macarena (1).
- **Caquetá (2 caso):** Cartagena del Chairá (1), El Doncello (1).
- **Nariño (2 casos):** Ipiales área rural (2).

¹ El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales

² Se excluyen 5 casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y un (1) caso en estudio.

- **Vaupés (1 caso):** Mitú.
- **Caldas (1 caso):** Neira.
- **Cauca (1 caso):** Piamonte.
- **Huila (1 caso):** Campoalegre.
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare.
- **Exterior (3 casos):** procedentes de Venezuela, del Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1).

En 2026, con corte al 27 de enero, se han notificado 70 casos, de los cuales 12 se confirmaron por laboratorio y un caso (1) por nexo epidemiológico; para un total de 13 casos confirmados con fecha de inicio de síntomas entre el 05 y el 20 de enero de 2026, todos procedentes del Tolima. Se han presentado nueve (9) casos fallecidos, con una letalidad actual de 15,3% (2/13), con dos (2) casos confirmados con fiebre amarilla como causa de fallecimiento y siete (7) en estudio. De los restantes casos notificados se han descartado 36 casos y 21 casos permanecen como probables, con procedencia en los departamentos de: Tolima (12), Meta (3), Cundinamarca (1), Antioquia (1), Santa Marta (1), Amazonas (1), Casanare (1) y Chocó (1). La edad promedio de los casos es de 46 años (rango 2 y 92 años), con predominio del sexo masculino (130 hombres y 31 mujeres). Los grupos de edad más afectados son los mayores de 65 años (34 casos) y los de 60 a 64 años (19 casos).

Los dos (2) casos confirmados más recientemente, en 2026, corresponden a hombres de 16 y 44 años, con procedencia del municipio de Chaparral (vereda Santo Domingo), residente en Funza (Cundinamarca), y un (1) caso de procedencia Cunday (barrio Divino Niño), respectivamente, ambos con condición final vivos.

Caso 1. Hombre de 44 años, ocupación trabajos varios, aseguramiento Famisanar, procedente de la vereda Santo Domingo en Chaparral (Tolima) y residente en Funza (Cundinamarca). Consulta en la E.S.E. del municipio el 23 de enero de 2026 con fecha de inicio de síntomas del 20 de enero de 2026; presentó fiebre, mialgias, artralgia, cefalea, vómito, falla hepática, hepatomegalia. Con antecedente vacunal para fiebre amarilla 20 de enero de 2026 y emisión de resultados el 23 de enero.

Caso 2. Hombre de 16 años, con ocupación estudiante, aseguramiento especial, procedente de Cunday (Tolima). Consulta inicialmente al Hospital de Cunday y es remitido al Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué el 22 de enero de 2026, con fecha de inicio de síntomas del 19 de enero de 2026, los resultados se emitieron el 22 de enero con NS1 dengue negativo.

Entre 2025 y 2026 se han confirmado 78 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 61 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (19), Ataco (10), Cunday (8), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (3) y Purificación (3); ocho casos procedentes del 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 del Meta en el municipio de Villavicencio. El 14 de enero de 2026 el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) confirmó el caso más reciente, que corresponde a una hembra adulta del género *Aotus spp*, que se encontró en zona rural de la vereda Alto redondo, municipio de Chaparral (Tolima). Con corte a 27 de enero de 2026, se llevan 14 días sin tener confirmación del virus en primates no humanos.

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

Caso confirmado de meningitis bacteriana, Pueblo Bello (Cesar), enero 27 de 2026

Se identificó un paciente masculino de 47 años, de la etnia Arahuaco, procedente de zona rural del asentamiento Nuevo Mundo, del municipio de Pueblo Bello (Cesar), quien consultó el 21 de enero de 2026, a la Empresa Social del Estado (E.S.E.) del municipio por cuadro de disnea, dolor precordial, rinorrea y expectoración mucopurulenta, con episodios de cefalea holocraneana de moderada intensidad y movimientos tónico-clónicos y fecha de inicio 17 de enero de 2026. Fue remitido a Valledupar, con diagnóstico inicial de insuficiencia respiratoria aguda, neumonía adquirida en comunidad (NAC), neuroinfección, por lo que fue ingresado a UCI; se realizó punción lumbar el día 22 de enero con reporte citoquímico claro, KOH y tinta china negativas. El 23 de enero se reportó el resultado del panel meníngeo positivo para *Neisseria meningitidis*, pendiente serotipificación. El caso, sin residencia fija ni registro vacunal, presentó un historial de desplazamientos entre el 12 y 20 de enero, fue notificado y las autoridades sanitarias municipales en coordinación con la IPS iniciaron las acciones de investigación epidemiológica de campo, llevándose a cabo desplazamiento al asentamiento indígena el 24 de enero. Se realizó la IEC y se identificaron tres sitios clave de exposición: vereda Nuevo Mundo (19 contactos, quimioprofilaxis dada, 7 pendientes por vacuna), Casa de Gobierno

(8 contactos, profilaxis dada y vacunas pendientes), y la vivienda del hermano (pendiente ingreso por dificultades en el acceso). No se han identificado otros casos compatibles tras posterior a BAC y BAI, se mantiene el seguimiento de contactos. El brote continúa activo y en seguimiento, con cierre estimado para el 02/02/2026 si no se presentan nuevos casos. Información preliminar, en seguimiento sujeta a cambios.

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

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 03 de 2026 no se notificaron casos o alertas de Mpox clado 1b, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Enfermedad del virus de Marburg en Etiopía. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 26 de enero de 2026

El 14 de noviembre de 2025, se declaró un brote de la enfermedad por el virus de Marburg (MVD por sus siglas en inglés) en la ciudad de Jinka, Estado Regional del Sur de Etiopía. Esta fue la primera vez que Etiopía informó de un brote de MVD.

El primer caso conocido fue un adulto de la ciudad de Jinka que desarrolló síntomas el 23 de octubre de 2025. El paciente acudió al hospital general con vómito, hiporexia y dolor abdominal. Con corte a 25 de enero de 2026, se confirmaron 14 casos, incluyendo nueve muertes (letalidad 64,3 %) y cinco (5) casos probables, todos fallecidos, en las ciudades de Jinka, Malle y Dasench en la región del sur de Etiopía y Hawassa en la región de Sidama.

Al mismo corte, se registraron un total de 857 contactos, que completaron 21 días de seguimiento, 760 de la región del sur de Etiopía y 97 de la región de Sidama.

El 26 de enero de 2026, tras dos periodos consecutivos de incubación (un total de 42 días), sin que se notificara un nuevo caso confirmado, después de que el último caso confirmado falleciera y recibiera un entierro seguro y digno, el 14 de

diciembre de 2025, el Ministerio de Salud de Etiopía declaró el fin del brote de MVD, según las recomendaciones de la OMS.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad del virus de Marburg – Etiopía. Fecha de publicación: 26 de enero de 2026. Fecha de consulta: 28 de enero de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON592>

Infecciones por el virus Nipah en India. Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la India. Fecha de publicación: 27 de enero de 2026

De acuerdo con los informes recibidos desde el Centro Nacional para el Control de Enfermedades (NCDC), se han reportado dos casos confirmados de enfermedad por el virus Nipah en Bengala Occidental desde diciembre del 2025 hasta la fecha.

Tras la confirmación de estos dos (2) casos, el Gobierno de la India, en estrecha coordinación con el Gobierno de Bengala Occidental, implementó medidas de salud pública rápidas e integrales de acuerdo con los protocolos establecidos. Se reforzaron la vigilancia, las pruebas de laboratorio y las investigaciones de campo mediante esfuerzos coordinados entre las agencias de salud centrales y estatales, lo que garantizó la contención oportuna de los casos. Hasta la fecha, no se han detectado nuevos casos de enfermedad por el virus de Nipah.

Se han identificado, rastreado, monitoreado y sometido a pruebas un total de 196 contactos vinculados a los casos confirmados, todos asintomáticos y con reportes negativos en las pruebas de detección de la enfermedad por el virus de Nipah.

Fuente: Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la India. Only Two Nipah Virus Disease Cases Reported in West Bengal Since Last December: NCDC. Fecha de publicación: 27 de enero de 2026. Fecha de consulta: 27 de enero de 2026. Disponible en: <https://www.pib.gov.in/PressReleasePage.aspx?PRID=2219219®=3&lang=2>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
Semana Epidemiológica 03 de 2026

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 03

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	4	0	0	26	30	39	54	43	63	15	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	44	14	16	1146	1395	1621	292	379	383	101	155	123	3	3	5	2	73	2	12	5	19
Arauca	15	1	7	70	59	90	83	44	93	33	14	44	0	0	0	0	1	0	1	7	1
Atlántico	3	3	2	248	278	339	279	352	397	138	203	180	4	8	5	0	1	0	1	1	1
Barranquilla D.E.	1	0	1	254	262	370	410	697	549	164	334	224	5	11	7	0	0	0	4	3	4
Bogotá D.C.	0	0	0	1467	1777	1991	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	18	2	0	1	0
Bolívar	16	9	5	164	216	234	292	261	406	111	132	164	6	4	7	0	0	0	0	0	0
Boyacá	3	2	2	408	474	555	17	38	37	12	14	16	0	0	1	1	1	1	1	1	1
Buenaventura D.E.	3	0	1	19	13	25	5	22	4	2	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	4	1	2	247	288	344	16	28	13	5	15	4	0	0	0	0	1	0	1	4	1
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	322	417	438	114	651	152	43	290	54	1	8	1	0	12	0	18	8	25
Caquetá	7	5	3	81	90	105	22	154	27	12	87	14	0	3	1	0	0	0	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	1	0	1	159	141	220	678	374	989	151	169	237	11	8	17	0	0	0	0	0	0
Casanare	5	4	4	126	115	169	53	103	57	13	45	15	0	1	0	0	1	0	0	2	0
Cauca	6	2	2	323	436	449	20	88	25	6	32	10	0	1	1	0	7	0	2	1	2
Cesar	12	6	1	153	195	217	635	327	768	349	215	433	4	5	4	0	3	0	0	3	0
Chocó	12	7	5	22	13	26	67	45	76	28	10	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	21	4	11	316	378	433	234	314	318	125	158	158	4	3	4	0	1	0	1	0	1
Cundinamarca	7	1	2	984	1048	1343	162	317	183	62	143	64	2	1	2	1	3	1	0	1	1
Guanía	4	0	2	13	11	21	0	6	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	5	2	3	17	28	24	109	32	81	26	8	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	11	4	4	421	465	573	149	377	152	59	160	60	4	8	7	1	1	1	0	1	0
La Guajira	9	3	3	125	152	170	308	230	418	178	173	225	7	6	5	0	1	0	1	1	1
Magdalena	12	3	2	110	181	167	248	123	354	128	84	201	2	3	5	0	0	0	6	1	6
Meta	12	6	5	298	302	396	548	411	684	169	167	210	6	3	14	1	4	1	0	1	0
Nariño	3	2	2	468	523	633	33	56	43	13	19	18	0	1	1	0	1	0	2	2	3
Norte de Santander	29	4	10	378	430	537	452	305	541	166	155	204	2	5	7	3	11	3	0	0	0
Putumayo	10	2	3	136	127	182	103	152	92	14	47	13	0	2	0	0	0	0	1	0	1
Quindío	1	0	0	205	222	280	35	80	44	9	25	6	0	0	0	1	1	1	0	0	1
Risaralda	4	1	0	268	310	368	21	82	31	8	31	16	0	1	2	2	4	2	3	0	4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	22	29	28	2	18	2	1	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	0	0	123	125	162	400	89	594	165	56	238	1	2	1	0	0	0	1	7	1
Santander	13	5	7	513	536	705	484	420	594	168	173	217	0	4	1	0	6	0	2	1	2
Sucre	5	2	0	167	205	241	127	376	163	68	216	95	1	6	2	0	0	0	0	0	0
Tolima	14	2	7	469	481	657	369	657	397	121	279	120	9	7	7	1	1	1	3	3	3
Valle del Cauca	8	2	3	612	619	813	132	537	199	33	239	51	0	4	2	0	13	0	5	2	6
Vaupés	2	1	1	11	12	17	8	10	18	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Vichada	4	0	1	9	19	16	6	5	12	3	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	312	98	118	10.900	12.403	14.990	6.967	8.203	8.960	2.699	3.888	3.482	72	108	109	15	167	15	65	57	84

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 03

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	228	128	275	0	0	0	354	440	421	26	8	32	0	0	0	103	361	103	0	1	0
Antioquia	424	748	554	46	34	27	65726	78723	86377	3389	3044	4223	271	878	683	22533	30883	22533	38	46	38
Arauca	11	3	11	2	0	2	974	1763	1120	73	80	120	3	2	9	424	646	424	4	5	4
Atlántico	0	0	0	4	4	2	8098	10341	10108	239	171	299	146	183	398	3335	3684	3335	6	15	6
Barranquilla D.E.	0	0	0	4	3	2	11846	14759	15177	732	393	1009	68	202	201	4944	5292	4944	17	14	17
Bogotá D.C.	0	0	0	25	22	10	73231	115344	96220	3662	4584	5031	474	1363	1390	36418	59372	36418	56	45	56
Bolívar	102	109	136	6	7	2	8120	10357	9780	212	195	272	34	122	77	2023	2556	2023	3	13	3
Boyacá	8	0	14	9	4	6	5861	9701	7642	442	381	561	30	96	71	2573	4046	2573	7	7	7
Buenaventura D.E.	45	103	58	3	2	2	448	869	532	3	5	3	1	1	2	146	425	146	5	6	5
Caldas	3	5	4	3	3	2	5989	7704	7331	251	268	320	97	126	217	1523	2726	1523	8	7	8
Santiago de Cali D.E.	2	2	2	21	23	9	15460	23636	20843	392	626	519	52	80	105	5976	11535	5976	11	17	11
Caquetá	12	16	24	0	0	0	1382	2596	1673	107	110	125	2	9	6	955	1698	955	3	3	3
Cartagena de Indias D.T.	1	0	1	5	4	2	9580	15696	12580	719	344	984	102	190	263	2844	3609	2844	7	17	7
Casanare	2	6	4	1	1	0	1180	1929	1359	35	42	41	6	5	10	525	964	525	2	6	2
Cauca	61	192	72	3	5	2	6727	8665	8158	241	188	328	43	72	77	2000	4347	2000	14	13	14
Cesar	0	3	0	4	5	3	6063	8967	7102	248	492	345	29	92	75	1272	3126	1272	11	15	11
Chocó	578	2137	705	4	3	2	2771	1918	3273	44	140	56	0	2	5	1188	961	1188	11	13	11
Córdoba	305	876	392	3	2	2	11900	13111	14297	477	422	634	85	199	235	2919	4116	2919	13	21	13
Cundinamarca	0	0	0	9	9	5	17688	23629	22565	723	771	926	73	287	195	8488	11619	8488	19	22	19
Guainía	212	231	285	0	0	0	101	165	120	10	20	12	0	0	0	112	103	112	2	1	2
Guaviare	64	91	77	0	0	0	307	481	378	25	27	45	4	9	4	242	293	242	0	1	0
Huila	0	0	0	3	3	1	3852	9179	4694	199	405	282	29	62	95	3021	4651	3021	10	12	10
La Guajira	0	3	0	3	3	1	11658	14297	14348	247	434	356	32	44	73	2045	3074	2045	10	24	10
Magdalena	0	1	0	0	0	0	7951	7490	10076	158	210	236	0	24	1	2116	2823	2116	4	8	4
Meta	124	38	165	2	0	2	5203	5518	6439	135	199	169	16	72	50	2727	4327	2727	11	8	11
Nariño	176	790	206	11	5	8	9086	13064	11005	591	519	714	4	36	15	2862	5158	2862	12	13	12
Norte de Santander	46	120	51	8	8	7	11000	13212	13783	699	815	864	65	95	142	3897	5176	3897	9	12	9
Putumayo	11	6	14	2	3	1	1892	2126	2195	58	92	67	5	6	9	967	999	967	2	3	2
Quindío	1	2	1	0	0	0	3586	5658	4509	186	258	250	39	69	110	2136	3013	2136	5	4	5
Risaralda	78	222	100	8	7	6	7158	8763	9131	257	263	365	24	56	59	2607	3768	2607	6	6	6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	260	610	393	45	37	70	0	0	0	108	258	108	0	1	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	0	0	3777	3400	4724	375	160	423	39	165	106	1212	1110	1212	3	6	3
Santander	2	1	4	11	12	7	13443	13048	17157	987	975	1332	129	342	314	6210	7453	6210	15	12	15
Sucre	6	5	8	5	6	1	5815	7161	6935	490	443	686	77	199	196	1462	2091	1462	6	11	6
Tolima	0	0	0	4	3	3	8272	12772	10477	760	421	956	29	76	71	3920	5100	3920	7	9	7
Valle del Cauca	5	7	5	4	5	3	9493	12171	12387	249	247	319	60	90	129	4173	6604	4173	13	14	13
Vaupés	94	85	535	0	0	0	118	151	153	8	6	15	0	0	0	31	64	31	0	1	0
Vichada	62	162	83	1	0	1	104	255	132	0	3	0	0	0	0	91	113	91	2	2	2
Total nacional	2.664	6.232	3.370	214	186	121	356.474	479.669	455.594	17.494	17.798	22.989	2.068	5.254	5.393	140.128	208.148	140.128	352	436	352

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 03

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	1	0
Antioquia	0	1	0	35	56	46	1	1	1	40	44	44	142	154	175	15	21	17
Arauca	0	0	0	3	1	3	0	0	0	0	0	0	3	6	4	2	3	2
Atlántico	0	0	0	3	4	5	0	0	0	1	0	1	34	35	45	1	1	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	5	9	26	0	0	0	4	1	4	43	25	58	3	3	3
Bogotá D.C.	1	1	0	81	80	81	23	1	10	54	30	63	219	272	296	30	68	41
Bolívar	0	0	0	0	4	3	0	0	0	3	2	3	19	17	21	0	0	1
Boyacá	0	0	0	7	9	8	0	0	0	4	2	4	26	33	36	10	14	14
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	0	0	0
Caldas	0	0	0	1	5	2	0	0	0	0	1	0	10	27	12	1	2	2
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	9	16	9	0	0	0	5	2	5	45	75	55	7	16	10
Caquetá	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	0	9	10	9	0	2	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	2	4	2	0	0	0	13	1	13	15	29	23	0	0	0
Casanare	0	0	0	2	3	2	0	0	0	1	0	1	10	14	12	0	4	0
Cauca	0	0	0	2	7	10	0	0	0	2	1	3	8	18	10	20	17	29
Cesar	0	0	0	1	4	1	0	0	0	13	1	13	13	16	18	2	2	5
Chocó	0	0	0	1	0	1	0	0	0	6	4	7	2	2	4	0	0	0
Córdoba	0	0	0	6	8	6	0	0	0	1	0	1	28	54	40	5	0	5
Cundinamarca	0	1	0	16	26	19	7	0	5	11	8	12	106	117	143	5	8	8
Guainía	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	5	5	5	0	0	0
Huila	2	0	0	6	14	7	2	0	2	1	3	1	16	32	24	1	9	1
La Guajira	0	0	0	1	3	2	0	0	0	6	1	8	3	16	8	1	3	1
Magdalena	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	15	9	18	0	0	0
Meta	1	0	0	1	4	1	2	0	1	7	2	8	20	25	26	3	3	3
Nariño	0	0	0	6	9	8	0	0	0	4	4	5	36	38	45	6	5	8
Norte de Santander	0	0	0	5	9	5	0	0	0	3	2	3	53	57	84	0	2	0
Putumayo	0	0	0	3	4	4	0	0	0	0	1	0	8	9	12	1	3	2
Quindío	0	0	0	2	3	2	0	0	0	3	0	3	13	18	15	3	0	5
Risaralda	0	0	0	2	5	3	0	0	0	17	2	18	21	31	28	4	1	4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	2	1	5	0	1	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	13	6	19	0	1	0
Santander	1	0	1	6	4	6	0	0	0	8	6	9	41	42	61	4	8	6
Sucre	0	0	0	2	4	6	0	0	0	1	4	1	15	31	18	2	1	3
Tolima	1	0	0	4	4	7	2	0	0	1	2	1	27	52	42	3	4	3
Valle del Cauca	0	0	0	5	10	8	0	0	0	0	6	0	27	61	40	2	9	5
Vaupés	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0
Total nacional	6	7	1	223	349	293	37	2	19	213	128	235	1.052	1.346	1.417	131	213	179

41

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 03

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos. Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	3	0	0	0	4	4	1	0
Antioquia	0	0	0	0	92	153	0	4	253	237	53	5
Arauca	0	0	0	0	13	16	0	0	9	17	1	0
Atlántico	0	0	0	0	16	18	0	1	45	38	0	0
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	9	9	0	0	40	38	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	169	147	0	1	237	198	0	0
Bolívar	0	0	0	0	20	36	0	0	27	25	20	1
Boyacá	0	0	0	0	27	28	0	0	53	40	11	4
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	8	8	0	0	7	6	1	0
Caldas	0	0	0	0	6	12	0	2	69	38	13	0
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	21	30	1	0	87	84	0	0
Caquetá	0	0	0	0	8	10	0	0	12	7	14	1
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	16	35	0	0	26	31	0	0
Casanare	0	0	0	0	11	9	0	0	13	16	0	0
Cauca	0	0	0	0	16	8	0	0	46	43	2	0
Cesar	1	0	0	0	35	31	0	0	33	23	7	1
Chocó	0	0	0	0	43	42	0	0	9	6	15	3
Córdoba	0	0	0	0	33	19	0	0	54	48	9	1
Cundinamarca	0	0	0	0	66	57	0	0	98	107	10	0
Guainía	0	0	0	0	3	1	0	0	1	1	1	1
Guaviare	0	0	0	0	7	7	0	0	4	2	19	1
Huila	0	0	0	0	22	30	0	5	40	48	1	0
La Guajira	0	0	0	0	103	100	0	0	13	11	2	0
Magdalena	0	0	0	0	23	35	0	0	19	10	1	0
Meta	0	0	0	0	20	19	0	2	35	22	12	0
Nariño	0	0	0	0	26	39	0	0	72	66	11	1
Norte de Santander	0	0	0	0	28	29	0	0	56	67	12	1
Putumayo	0	0	0	0	10	18	0	0	21	12	18	1
Quindío	0	0	0	0	4	4	0	0	27	22	0	0
Risaralda	0	0	0	0	24	24	0	0	57	66	4	2
Archiplélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	5	10	0	0	11	16	1	0
Santander	1	0	0	0	24	25	0	0	71	65	36	5
Sucre	0	0	0	0	12	11	0	1	25	24	8	1
Tolima	0	0	0	1	18	23	0	4	56	50	11	0
Valle del Cauca	0	0	0	0	25	37	0	3	66	59	1	0
Vaupés	0	0	0	0	3	0	0	0	5	0	3	0
Vichada	0	0	0	0	14	2	0	0	2	0	3	0
Total nacional	2	0	0	1	982	1.083	1	23	1.702	1.548	329	31

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 03

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	15	3	2	2	1	0	2	1	0	1	8	5
Arauca	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atlántico	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Barranquilla D.E.	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Bogotá D.C.	1	4	2	1	0	0	2	1	0	0	9	19
Bolívar	6	3	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0
Boyacá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Santiago de Cali D.E.	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Caquetá	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	5	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0
Casanare	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cauca	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1
Cesar	0	0	1	1	0	0	0	3	1	0	2	0
Chocó	1	0	1	1	4	0	2	0	3	2	1	0
Córdoba	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2	1
Cundinamarca	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0	4	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	4	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
La Guajira	0	0	2	1	2	2	2	1	4	1	1	0
Magdalena	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
Meta	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0
Nariño	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1
Norte de Santander	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
Putumayo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Quindío	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Risaralda	2	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Santander	1	5	1	0	0	1	0	0	0	0	3	0
Sucre	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1
Tolima	13	15	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Valle del Cauca	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0
Vaupés	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	338	317	14	12	13	5	19	12	16	5	58	32

43

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 03

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	1	1	0	0	4	5	0	0	22	23
Antioquia	9	7	62	93	0	0	207	249	7	6	1019	587
Arauca	3	0	10	8	0	0	8	6	0	0	61	57
Atlántico	3	1	19	15	0	0	26	40	0	1	115	90
Barranquilla D.E.	3	2	22	15	0	0	52	53	1	2	117	123
Bogotá D.C.	6	7	47	82	0	0	78	73	2	3	1119	644
Bolívar	2	3	16	26	0	0	11	11	0	0	118	113
Boyacá	2	1	5	4	0	0	10	9	0	1	205	164
Buenaventura D.E.	1	1	7	6	0	0	8	8	0	0	20	9
Caldas	1	1	8	9	0	0	18	20	0	1	145	104
Santiago de Cali D.E.	1	2	22	40	0	0	78	84	3	3	315	240
Caquetá	1	2	5	9	0	0	11	23	1	1	54	39
Cartagena de Indias D.T.	3	6	19	30	0	0	27	26	0	0	66	88
Casanare	2	0	7	2	0	0	7	17	0	0	30	44
Cauca	1	1	8	12	0	0	13	23	1	2	159	136
Cesar	1	2	15	11	0	0	26	29	0	1	104	84
Chocó	4	0	11	5	0	0	11	14	0	0	22	25
Córdoba	2	1	14	11	0	0	14	26	1	0	177	140
Cundinamarca	2	0	18	18	0	0	27	39	1	3	532	548
Guainía	1	0	1	1	0	0	2	3	0	0	9	11
Guaviare	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	16	12
Huila	1	1	7	12	0	0	22	27	0	0	311	231
La Guajira	5	1	18	9	0	0	29	40	0	1	57	49
Magdalena	3	1	10	11	0	0	8	13	0	0	72	51
Meta	4	4	13	15	0	0	36	38	2	0	105	104
Nariño	1	0	10	20	0	0	8	9	0	0	193	185
Norte de Santander	5	1	23	23	0	0	41	46	0	0	177	182
Putumayo	1	0	5	3	0	0	6	4	0	0	66	70
Quindío	1	2	7	9	0	0	11	16	0	1	111	92
Risaralda	1	0	9	8	0	0	34	31	1	0	175	167
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8	7
Santa Marta D.T.	1	0	6	12	0	0	15	26	0	0	29	25
Santander	4	1	19	29	0	0	56	63	1	2	292	278
Sucre	1	2	11	15	0	0	4	5	0	0	100	76
Tolima	2	5	7	18	0	0	33	28	1	0	138	124
Valle del Cauca	1	6	17	28	1	0	44	53	1	2	314	321
Vaupés	1	0	0	1	0	0	2	1	0	0	14	9
Vichada	1	0	3	3	0	0	2	0	0	0	11	8
Total nacional	84	61	507	615	1	0	987	1.159	26	30	6.600	5.260



Semana epidemiológica 03

18 al 24 de enero del 2026

TEMA CENTRAL

Lepra

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

Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Claudia Lorena Pérez Clavijo. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **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:** María Fernanda Campos Maya. **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.

45# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.03>