

Enfermedades Transmitidas por Alimentos

*La salud pública y la seguridad alimentaria
se garantizan con vigilancia activa, control
sanitario y coordinación intersectorial en
todos los entornos*

Semana
epidemiológica
25 al 31 de enero del 2026

04

Imagen: creación de inteligencia artificial (M365 Copilot).



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

	Situación nacional	7
	Mortalidad	9
	Eventos trazadores	15
	Brotes y alertas	33
	Tablas de mando por departamento	37



TEMA CENTRAL

Brotos de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), Colombia, 2025

Lyda María Montaña Durán, Imontanod@ins.gov.co

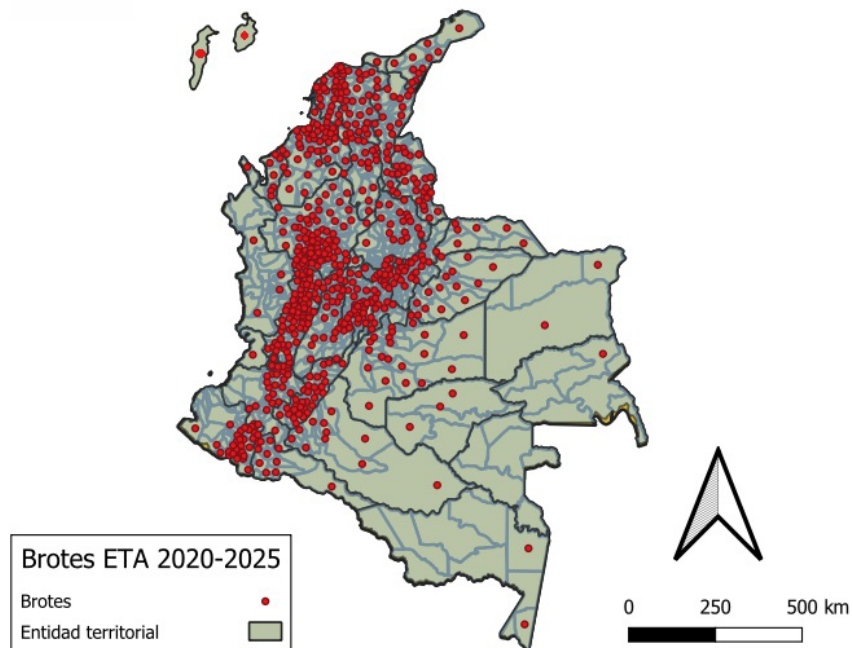
Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) representan un problema prioritario de salud pública global, dado que resultan de la ingestión de alimentos o agua contaminados con agentes biológicos, químicos o tóxicos y pueden generar desde cuadros leves hasta desenlaces graves. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ETA afectan anualmente a cerca de 600 millones de personas, ocasionan 420 000 muertes y generan 33 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), siendo norovirus, *Campylobacter spp.*, *Salmonella* no tifoidea, *Escherichia coli* patógena, *Salmonella typhi*, el virus de hepatitis A, *Taenia solium* y las aflatoxinas algunos de los agentes etiológicos más frecuentes (1).

En Colombia, entre 2010 y 2025, la notificación de brotes de ETA mostró variaciones importantes. En el periodo prepandémico (2010-2019) se registró una alta carga sostenida, con un promedio anual de 869 brotes (rango: 679-1 010), alcanzando su punto máximo en 2019 con 1 010 brotes. En 2020 se observó una disminución del 50 %, atribuible a cambios en los patrones de exposición alimentaria y a alteraciones en la captación del sistema de vigilancia durante la pandemia por COVID-19. Desde 2021, la notificación se estabilizó en un nivel inferior, con un promedio anual de 675 brotes (rango: 614-730).

Durante el periodo 2020-2025 (preliminar), la distribución espacial evidenció una alta concentración de brotes en la región Andina y la región Caribe, relacionada con densidad poblacional elevada, mayor urbanización y una amplia actividad de servicios de alimentación, factores que incrementan la exposición y la oportunidad de detección. En contraste, la Amazonía, la Orinoquía y algunas zonas del Pacífico presentaron baja notificación, posiblemente asociada a subregistro, dispersión geográfica, barreras de acceso y limitaciones en la capacidad de diagnóstico y reporte del sistema de vigilancia.

Para 2025, al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública se notificaron 661 brotes de ETA (datos preliminares), con 7 394 personas afectadas y 31 101 expuestas, lo que corresponde a una tasa de ataque del 23,8 %. A nivel nacional se observó una disminución estadísticamente significativa del 3,4 % en comparación con la mediana esperada de los últimos cinco años (684 brotes). Los territorios con mayor notificación fueron Antioquia (96 brotes; 14,5 %), Cesar (52; 7,9 %), Cali (51; 7,7 %), Bogotá, D.C. (39; 5,9 %) y Nariño (36; 5,4 %) (mapa 1).

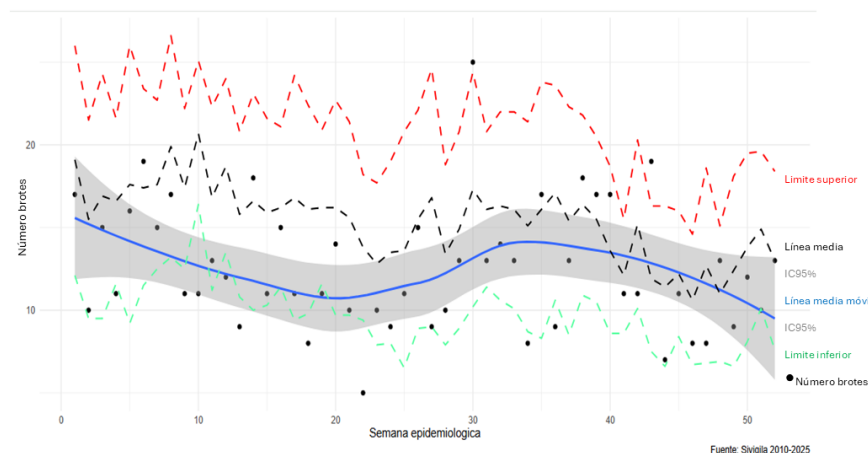
Mapa 1. Distribución geográfica de los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, 2020-2025p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases de brotes de ETA- notificación colectiva (evento 349), 2010-2025 (datos preliminares).
p: preliminar

El gráfico de control muestra que en 2025 (datos preliminares) el comportamiento semanal de los brotes de ETA se mantuvo dentro del patrón histórico (2010-2024), con una media de 12 brotes por semana. La línea móvil evidencia un descenso en las primeras semanas, seguido de un periodo de estabilidad en niveles bajos durante el primer semestre, un incremento moderado hacia la mitad del año y un descenso sostenido al cierre. En total, el 79,2 % de las semanas se ubicó dentro de los límites esperados, el 3,8 % superó el límite superior (semanas 30 y 43) y el 17,0 % se situó por debajo del límite inferior, consistente con el menor reporte semanal observado en 2025.

Figura 1. Gráfico de control con línea móvil del número de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos por semana epidemiológica, 2025p, Colombia



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases de brotes de ETA- notificación colectiva (evento 349), 2010-2025 (datos preliminares).
p: preliminar

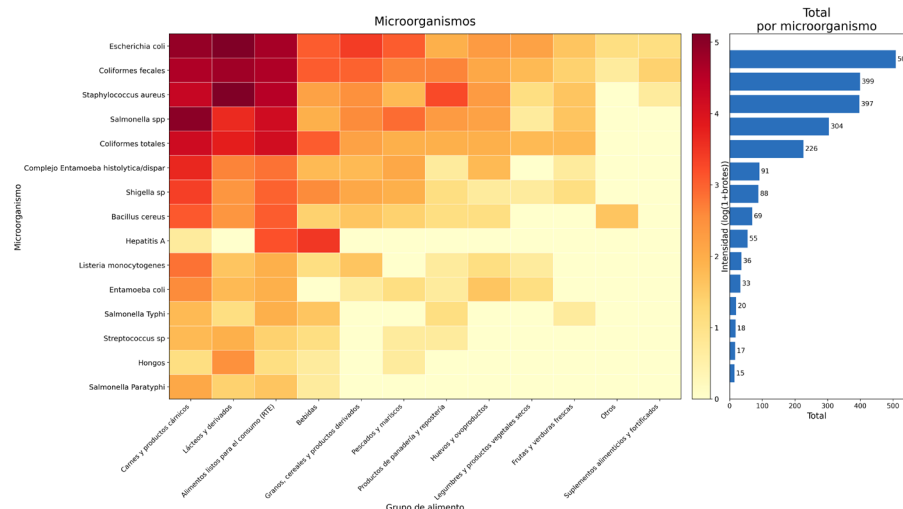
Según el lugar de ocurrencia, de 2010 a 2024 la mayor proporción de brotes de ETA se presentó en el hogar (51,6 %), seguido de restaurantes (13,8 %), otros lugares (13,4 %) y establecimientos educativos (10,8 %); mientras que, los escenarios institucionales como establecimientos penitenciarios, militares, casinos y hoteles aportaron proporciones menores (<2,5 %). En 2025p se mantuvo este patrón general, aunque con variaciones: los brotes en el hogar disminuyeron a 46,0 %, mientras que aumentaron en restaurantes (16,3 %) y en otros lugares (13,9 %); los eventos en establecimientos educativos descendieron a 9,7 %, y los escenarios institucionales presentaron leves reducciones, salvo los hoteles, que permanecieron estables. En conjunto, hogar, restaurantes y otros concentraron más del 75 % de los brotes, reafirmando estos entornos como prioritarios para las acciones de prevención y control.

Por grupo de alimentos, de 2010 a 2024 se notificaron 11 910 brotes de ETA, concentrados principalmente en cárnicos (26,0 %), lácteos (25,5 %) y alimentos listos para consumo (RTE por sus siglas en inglés) (22,6 %), que en conjunto aportaron más del 70 % de los eventos. Les siguieron pescados y mariscos (7,3 %), bebidas (4,9 %) y granos/cereales (4,5 %), mientras que los demás grupos registraron contribuciones menores. En 2025p se notificaron 661 brotes, manteniéndose la concentración

en pocos grupos, pero con variaciones en su distribución: los RTE pasaron a ser la categoría principal (27,7 %), seguidos de cárnicos (23,1 %) y lácteos (18,5 %). Frente al comportamiento histórico, aumentó la participación relativa de RTE, granos-cereales y panadería-repostería, y disminuyó la de lácteos y cárnicos, lo que sugiere un mayor peso de alimentos de consumo directo y productos con menor procesamiento térmico en la ocurrencia de brotes durante 2025.

Según la identificación del agente etiológico, entre 2010 y 2024 se registraron 2 848 brotes con microorganismo confirmado, predominando *Escherichia coli* (15,6 %), coliformes fecales (13,7 %), *Staphylococcus aureus* (13,4 %), *Salmonella spp.* (10,4 %) y coliformes totales (7,8 %), que en conjunto concentraron más del 60 % de los brotes con etiología identificada. En 2025 (datos preliminares), se confirmaron 132 brotes con agente identificado, destacándose *Escherichia coli* (48,5 %) como principal microorganismo, seguido de *Staphylococcus aureus* (11,4 %), coliformes fecales (6,8 %), *Salmonella spp.* (5,3 %) y *Bacillus cereus* (4,5 %). Frente al histórico, resalta la mayor concentración relativa de *Escherichia coli* en 2025.

Figura 2. Distribución de los 15 principales microorganismos identificados en brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, 2010-2025p, Colombia



Fuente: Bases Brotes de ETA- Colectivo 349, año 2010-2025 (datos preliminares), Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia
p: datos preliminares

Según el análisis por modo y fuente de transmisión para el periodo 2020-2025, los alimentos se mantuvieron como la principal fuente de contaminación, aumentando de 89 % en 2020 a 96 % en 2025. De forma consistente, la vía oral permaneció como el mecanismo predominante de transmisión, incrementándose del 88 % al 95 % en el mismo periodo; mientras que, la transmisión cruzada mostró una tendencia a la disminución. Este comportamiento refuerza la necesidad de fortalecer la vigilancia y las acciones de control a lo largo de la cadena alimentaria, especialmente en los puntos críticos de manipulación, preparación y distribución de alimentos.

En el seguimiento de la calidad y oportunidad de la vigilancia de brotes de ETA, los indicadores muestran un desempeño favorable en la notificación oportuna y la caracterización social y demográfica, con valores entre el 76,7 % y el 90,9 % para notificación oportuna de 2020 a 2025p, y superiores al 95 % para caracterización social y demográfica de 2022 a 2024. La identificación del modo y la fuente de transmisión se mantuvo en 100 % durante todo el periodo; sin embargo, persiste una brecha en la confirmación etiológica, que se mantuvo por debajo del 40 %, con un máximo de 39,0 % en 2023 y descensos a 26,3 % en 2024 y 19,2 % en 2025p, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la toma y el envío de muestras, así como la capacidad diagnóstica, para mejorar la confirmación etiológica y la respuesta sanitaria.

Conclusiones

1. En 2025 se notificaron 661 brotes de ETA, lo que representa una disminución del 3,4 % frente a la mediana esperada del periodo 2020-2024 (684 brotes). Se registraron 7 394 personas afectadas entre 31 101 expuestas, con una tasa de ataque de 23,8 %. Estos resultados son consistentes con un escenario de estabilización pospandémica, en el que el comportamiento semanal se mantuvo mayoritariamente dentro de los límites esperados (79,2 %).
2. Los brotes de ETA se concentraron en la región Andina y Caribe, consistente con mayor densidad poblacional y actividad de servicios de alimentación; la menor notificación en Amazonía, Orinoquía y zonas del Pacífico sugiere posibles dispersiones geográficas, barreras de acceso y subregistro, por lo que se requiere fortalecer la vigilancia en territorios de menor captación.
3. Dentro de los escenarios de ocurrencia, el hogar, restaurantes y otros lugares aportaron más del 75 % de los brotes. En 2025p disminuyó la proporción en hogar y aumentó en restaurantes, priorizando acciones de

higiene, manipulación segura e inspección vigilancia y control en servicios de alimentación y educación en entornos domésticos.

- De los alimentos implicados, históricamente los brotes se concentraron en cárnicos, lácteos y RTE (>70 %). En 2025p los RTE fueron el principal grupo (27,7 %) y aumentaron granos-cereales y panadería, sugiriendo mayor peso de alimentos de consumo directo y con menor procesamiento térmico.
- Entre los brotes con agente identificado predominaron *Escherichia coli*, coliformes fecales y coliformes totales, *Staphylococcus aureus* y *Salmonella spp.*; en 2025p destacó *Escherichia coli* (48,5 %). Aunque la identificación del modo y la fuente de transmisión se mantiene cercana al 100 %, la confirmación etiológica en brotes de notificación inmediata continúa por debajo del 40 % (19,2 % en 2025p), por lo que es prioritario fortalecer los procesos de toma y envío de muestras, transporte y capacidad diagnóstica para mejorar la investigación y respuesta en la cadena alimentaria.

Recomendaciones

- Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD):** fortalecer de manera periódica la capacitación en el protocolo del evento 349 y estandarizar la toma y envío de muestras para mejorar la confirmación etiológica.
- Entidades territoriales salud (departamentales y municipales):** intensificar la educación comunitaria en manipulación segura de alimentos e implementar vigilancia basada en comunidad, priorizando áreas de mayor riesgo.
- Referentes de ETA (municipal, departamental y nacional):** integrar variables contextuales (festividades, eventos masivos, clima y calidad del agua) en el análisis y activar equipos intersectoriales de respuesta rápida para intervenciones oportunas.
- Equipos de gestión del riesgo y vigilancia epidemiológica:** optimizar el flujo de información para asegurar notificación inmediata y fortalecer la red de laboratorios para reducir la brecha diagnóstica en la identificación de agentes.
- Instituto Nacional de Salud (INS):** focalizar la asistencia técnica en territorios con bajo desempeño o alta carga y desarrollar herramientas analíticas/ tableros para el monitoreo en tiempo real y la toma de decisiones.

Referencias

- WHO estimates of the global burden of foodborne diseases: foodborne disease burden epidemiology reference group 2007-2015. World Health Organization, ISBN 978 92 4 156516 5 Subject headings are available from WHO institutional repository, Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2cd58abf-fa80-40ef-b98a-9d663f0a9c79/content>



SITUACIÓN NACIONAL

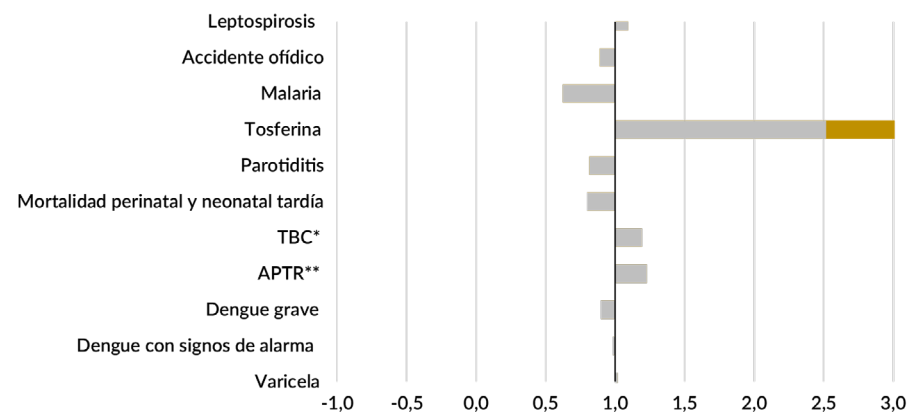
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 04 de 2026, el evento de tos ferina se encuentra por encima de lo esperado; mientras que, los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semanas epidemiológicas 04 de 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, se identificó el evento violencia de género e intrafamiliar se encuentra por debajo de lo esperado.

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 04 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	11 773	12 624	-3,72	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 estadísticamente 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 04 del 2026, el evento de zika se encuentra por encima de lo esperado, mientras que los eventos de leishmaniasis cutánea, mortalidad por dengue y lepra se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 04 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	4	0	0,02
Leishmaniasis cutánea	17	103	0,00
Mortalidad por dengue	2	5	0,04
Lepra	3	8	0,02
Leishmaniasis mucosa	1	1	0,37
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0,18
Chicunguya	2	1	0,27

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 (UPGD) en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.

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

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

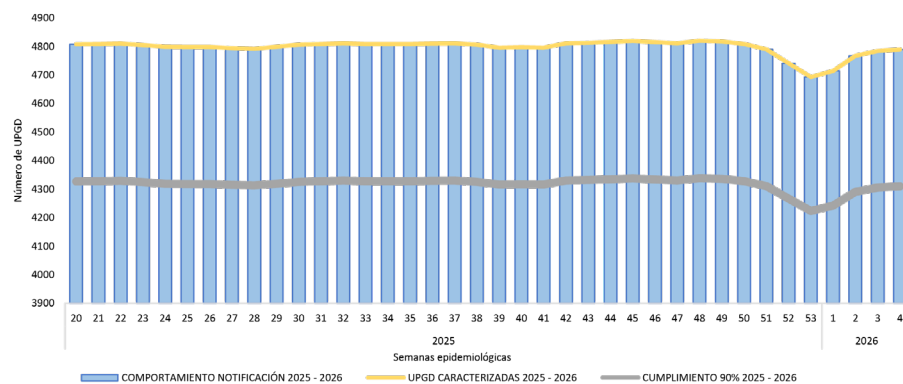
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 04 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana epidemiológica 04 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 100 % (4 789 / 4 789); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 04 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 4 789 UPGD para la semana analizada (figura 4).

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 04 de 2026



Fuente: SiviGila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 y 2026



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 04 del 2026, se han notificado 29 muertes probables en menores de cinco años: 16 por infección respiratoria aguda (IRA), cinco (5) por desnutrición (DNT) aguda y ocho (8) por enfermedad diarreica aguda (EDA). Todos los casos son de población residente en Colombia y se encuentran en estudio.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 04 del 2026 se han notificado 16 muertes probables por IRA en menores de cinco años residentes de Colombia, las cuales se encuentran en estudio. Para el 2025, a semana epidemiológica 04, el número de casos confirmados fue de 22, para una tasa de mortalidad de 0,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 04 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 04 de 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 04 fue de 16, 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 04 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 04 de 2026 se han notificado ocho (8) 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 04 fue de 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 04 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales ni a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

Para el cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAF ND 2025 y 2026 datos preliminares.

Para el análisis del comportamiento inusual, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 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>

En la semana epidemiológica 04 de 2026 se notificaron al Sivigila nueve (9) casos: dos (2) muertes maternas tempranas, cuatro (4) muertes maternas tardías y tres (3) muertes maternas coincidentes. El país acumula 14 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 13 residen en territorio colombiano y una reside en el exterior, por lo que no se incluye en el análisis (tabla 3).

Tabla 3. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 04, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	23	16	3	42
2024	16	13	6	35
2025p	12	7	6	25
2026p	13	7	5	25

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

Durante el periodo analizado se reportaron muertes maternas tempranas en 12 entidades territoriales. El mayor número de casos se presentó en Antioquia (2 casos). Al comparar estos resultados con el promedio histórico correspondiente al periodo 2022-2025, se evidenció diferencia estadísticamente significativa a nivel nacional; sin embargo, al desagregar la información por entidad territorial, no se observaron variaciones con significancia estadística (tabla 4).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Nechí (Antioquia), Caucasia (Antioquia), Florencia (Cauquetá), Valledupar (Cesar), Medio San Juan (Chocó), Subachoque (Cundinamarca), Tarqui (Huila), Caimito (Sucre) y Candelaria (Valle del Cauca). De acuerdo con el promedio histórico 2022-2025 estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 5).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 04 de 2026, el 61,5 % corresponde a causas directas y el 30,8 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 38,5 % (tabla 6).

Tabla 4. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025 – 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 04	Acumulado de casos a SE 04		Razón de MM por 100 000 NV a SE 04	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	19	12	13	34,0	39,5
Quindío	0	0	1	0,0	350,9
Caquetá	1	0	1	0,0	315,5
Chocó	1	1	1	241,0	243,9
Santa Marta	1	0	1	0,0	222,7
Sucre	0	0	1	0,0	148,8
Huila	0	0	1	0,0	99,0
Valle del Cauca	0	0	1	0,0	96,3
Cesar	1	2	1	177,6	94,9
La Guajira	2	1	1	75,9	79,7
Antioquia	2	1	2	24,0	51,2
Cundinamarca	1	2	1	91,4	49,0
Bogotá, D.C.	2	1	1	21,6	22,9
Arauca	0	0	0	0,0	0,0
Atlántico	0	0	0	0,0	0,0
Barranquilla	1	1	0	89,9	0,0
Bolívar	1	0	0	0,0	0,0
Santiago de Cali	1	0	0	0,0	0,0
Cauca	1	0	0	0,0	0,0
Córdoba	1	0	0	0,0	0,0
Meta	1	0	0	0,0	0,0
Nariño	1	1	0	108,3	0,0
Risaralda	1	1	0	174,8	0,0
Santander	1	1	0	64,9	0,0
Tolima	1	0	0	0,0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 – 2026 PE I (datos preliminares). RUAF - ND, nacimientos PE I 2025 - 2026 datos preliminares.
SE: semana epidemiológica, MM: mortalidad materna

Tabla 5. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 04 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 04	Valor observado SE 04
Colombia	19	13
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*
Tarqui (Huila)	0	1*
Caimito (Sucre)	0	1*
Candelaria (Valle del Cauca)	0	1*

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2024, datos preliminares 2025 - 2026. SE: Semana Epidemiológica. *Municipios que en el promedio histórico 2022 – 2025 no presentaron muertes maternas tempranas

Tabla 6. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 04 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 04	Número de casos y proporción a SE 04 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	14	16	100	12	100	13	100
DIRECTA	9	8	50,0	9	75,0	8	61,5
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	4	4	25,0	3	25,0	5	38,5
Hemorragia obstétrica	2	2	12,5	1	8,3	2	15,4
Sepsis obstétrica	1	1	6,3	1	8,3	1	7,7
Evento tromboembólico como causa básica	2	1	6,3	2	16,7	0	0,0
Embarazo ectópico	1	0	0,0	1	8,3	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	0	0,0	1	8,3	0	0,0
INDIRECTA	6	8	50,0	3	25,0	4	30,8
Otras causas indirectas	3	3	18,8	2	16,7	2	15,4
Otras causas indirectas: neumonía	1	0	0,0	1	8,3	1	7,7
Otras causas indirectas: cáncer	1	1	6,3	0	0,0	1	7,7
Sepsis no obstétrica	2	3	18,8	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	6,3	0	0,0	0	0,0
En estudio	0	0	0,0	0	0,0	1	7,7

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia ($n \leq 30$ 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%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM.

A semana epidemiológica 04 del 2026 se han notificado 452 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 451 corresponden a residentes en Colombia y un (1) residente en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,7 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C., Antioquia, Cundinamarca, Barranquilla y Cauca. Las razones más altas se observaron en Buenaventura, Vichada, Chocó, San Andrés y Providencia y Quindío. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el

2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 04 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Santiago de Cali, Cesar, Córdoba, Sucre, La Guajira, Atlántico, Norte de Santander y Cartagena de Indias (tabla 7).

En el análisis desagregado por municipios se evidenciaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Popayán (Cauca), Girardot (Cundinamarca), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), Pueblo viejo (Magdalena), Pradera (Valle del Cauca) y El Cerrito (Valle del Cauca) (tabla 8).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 44,8 %, seguido de neonatales tempranas con 25,1 %, neonatales tardías con 18,4 %, las y fetales intraparto con 11,8 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfisia y causas relacionadas con un 21,5 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 16,0 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 14,0 % (tabla 9). Con corte a la semana epidemiológica 04 del 2026 (datos preliminares) se observó un incremento frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 7. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 04, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 04	Acumulado de casos a SE 04		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2025	2026	2025 a SE 04	2026 a SE 04
Colombia	583	411	451	11,6	13,7
Buenaventura	8	6	8	33,0	42,1
Vichada	3	2	3	23,0	39,5
Chocó	17	9	13	21,7	31,7
San Andrés y Providencia	1	3	1	61,2	26,3
Quindío	5	4	6	12,9	21,1
Cauca	19	11	18	11,5	20,5
Caldas	9	8	8	16,7	19,5
Barranquilla	18	10	21	9,0	19,1
Arauca	7	2	4	8,2	17,8
Nariño	18	18	15	19,5	17,5
Guainía	2	0	1	0,0	16,7
Risaralda	9	5	8	8,7	15,9
Valle del Cauca	18	11	16	9,8	15,4
Bogotá, D.C.	59	52	67	11,3	15,4
Huila	15	7	15	7,3	14,9
Magdalena	10	12	10	15,6	14,2
Meta	11	10	12	11,2	14,0
Santiago de Cali	23	18	17	13,7	13,9
Bolívar	17	9	12	9,3	13,7
Cundinamarca	29	24	27	11,0	13,2
Boyacá	9	5	10	5,7	12,4
Cesar	20	15	13	13,3	12,3
Casanare	8	4	4	11,1	12,1
Córdoba	27	17	14	12,5	12,0
Antioquia	61	51	44	12,2	11,3
Tolima	12	8	10	8,3	11,2
Putumayo	6	2	3	7,5	11,0
Santander	17	12	16	7,8	10,8
Sucre	15	9	7	11,9	10,4
La Guajira	35	17	13	12,9	10,4
Atlántico	20	17	10	16,9	10,2
Norte de Santander	16	8	11	6,4	9,7
Caquetá	6	2	3	5,1	9,5
Santa Marta	8	3	4	5,9	8,9
Cartagena de Indias	22	17	7	17,0	7,7
Amazonas	2	1	0	18,2	0,0
Guaviare	1	1	0	12,2	0,0
Vaupés	1	1	0	27,0	0,0

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

Tabla 8. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 04 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 04 2021 - 2025	Valor observado a SE 04 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	583	451	-
Popayán (Cauca)	2	5	2
Girardot (Cundinamarca)	1	4	3
Tunja (Boyacá)	1	3	1
Granada (Meta)	1	3	3
Pueblo viejo (Magdalena)	0	2	1
Pradera (Valle del Cauca)	0	2	1
El Cerrito (Valle del Cauca)	0	2	1

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

Tabla 9. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 04, 2024-2026.

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 04, 2024 -2026					
	2024 a SE 04	(%)	2025 a SE 04	(%)	2026 a SE 04	(%)
Colombia	495	100,0	411	100,0	451	100,0
Asfixia y causas relacionadas	124	25,1	118	28,7	97	21,5
Prematuridad-inmadurez	76	15,4	71	17,3	72	16,0
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	76	15,4	50	12,2	63	14,0
Sin información	0	0,0	13	3,2	47	10,4
Malformación congénita	42	8,5	31	7,5	37	8,2
Causas no específicas	16	3,2	12	2,9	34	7,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	66	13,3	42	10,2	33	7,3
Infecciones	43	8,7	40	9,7	28	6,2
Otras causas de muerte	32	6,5	25	6,1	27	6,0
Trastornos cardiovasculares	17	3,4	6	1,5	10	2,2
Lesión de causa externa	3	0,6	1	0,2	3	0,7
Convulsiones y trastornos neurológicos	0	0,0	2	0,5	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 04 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, a nivel nacional, se registró una variación porcentual positiva en comparación con el periodo anterior en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa, urgencias, hospitalizaciones en sala general y en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), esta variación no es estadísticamente significativa (-30%) (tabla 10).

Tabla 10. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio, Colombia, semanas epidemiológicas 50 a 53 de 2025 y 01 a 04 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 50 a SE 53 2025	SE 01 a 04 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	457 802	467 115	● 2,03%	
Hospitalización en sala general	22 386	22 394	● 0,68%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 687	2 723	● 1,34%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 04 del 2026 se notificaron 108 045 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, Meta, Santa Marta y Santander. Se presentó disminución en Amazonas, Caquetá, Huila, San Andrés y Vichada. Las 28 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 04 del 2026) en 17 municipios (tabla 11).

Tabla 11. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04 del 2026

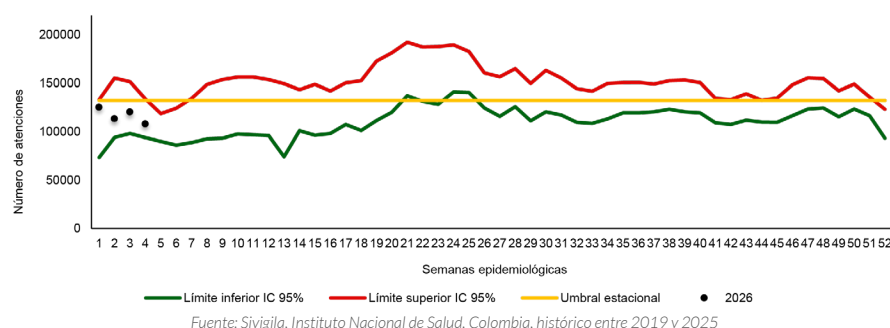
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	6 244	6 389	5 032	6 389
Antioquia	Bello	5 183	6 293	5 153	6 293
Atlántico	Soledad	5 933	5 669	5 379	5 669
La Guajira	Maicao	3 689	4 177	3 064	4 177
Cundinamarca	Soacha	3 718	4 073	3 410	4 073
Antioquia	Rionegro	2 828	3 816	2 347	3 816
Cundinamarca	Chía	3 834	3 399	3 016	3 399
Antioquia	Envigado	2 001	3 053	1 913	3 053
La Guajira	Uribia	2 898	2 990	2 438	2 990
Risaralda	Dosquebradas	2 548	2 257	1 585	2 257
Santander	Barrancabermeja	2 333	2 039	1 218	2 039
Córdoba	Sahagún	1 591	1 987	1 705	1 987
Valle del Cauca	Palмира	2 560	1 975	1 714	1 975
Santander	Floridablanca	1 816	1 907	1 264	1 907
Bolívar	Magangué	1 036	1 707	1 031	1 707
Córdoba	Cereté	1 302	1 590	570	1 590
Antioquia	Apartado	931	1 493	1 097	1 493
Magdalena	Ciénaga	1 669	1 436	1 248	1 436
Valle del Cauca	Cartago	1 515	1 384	1 246	1 384
Boyacá	Duitama	1 338	1 346	1 721	1 346
Cundinamarca	Zipaquirá	1 272	1 329	1 313	1 329
Boyacá	Sogamoso	1 082	1 298	986	1 298
Valle del Cauca	Yumbo	1 402	1 225	868	1 225
Antioquia	Turbo	953	1 213	786	1 213
Cundinamarca	Girardot	1 439	1 195	1 254	1 195
Norte de Santander	Ocaña	1 160	1 180	1 003	1 180
Córdoba	Lorica	1 038	1 111	973	1 111
Cundinamarca	Funza	1 222	831	821	831
Cundinamarca	Facatativá	1 083	817	1 379	817
Cesar	Aguachica	642	804	865	804
Valle del Cauca	Tuluá	1 563	782	861	782
Cundinamarca	Madrid	752	704	999	704
Casanare	Yopal	694	678	757	678
Valle del Cauca	Buenaventura	482	651	707	651
Santander	Piedecuesta	574	608	409	608
Cauca	Santander de Quilichao	820	598	700	598
Huila	Pitalito	717	595	856	595
Atlántico	Malambo	341	491	390	491
Cundinamarca	Mosquera	303	475	331	475
Norte de Santander	Villa Del Rosario	506	472	681	472
Santander	Giron	433	388	255	388
Cauca	Guapi	345	387	152	387
Nariño	La Florida	85	81	35	81

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 04 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 28,0 % (128 119) de las consultas, seguido por el grupo mayor de 60 años con el 20,6 % (94 654). 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 9,5 % y los menores de un año con el 7,9 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026 se ubicaron dentro de lo esperado (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026



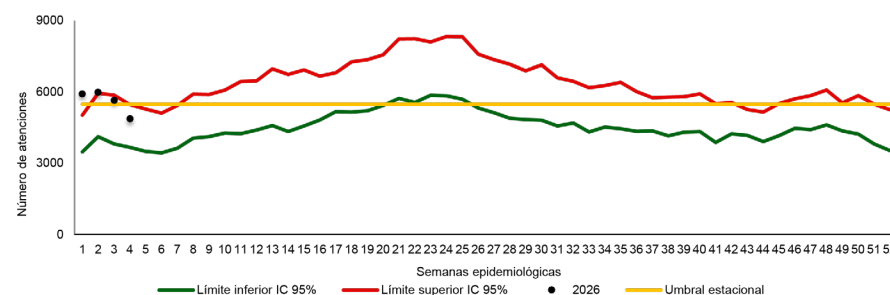
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 04 del 2026 se notificaron 4 858 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Chocó, Guainía y Huila e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Guaviare, Nariño, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés. En las 15 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 03 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (8 359) representaron el 29,9 %, seguido de los menores de un año con el 8,5 % (2 395). 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 23,2 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 17,1 %.

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 01 y 02 de 2026, seguido de un descenso en las semanas 03 y 04 de 2026 (figura 6).

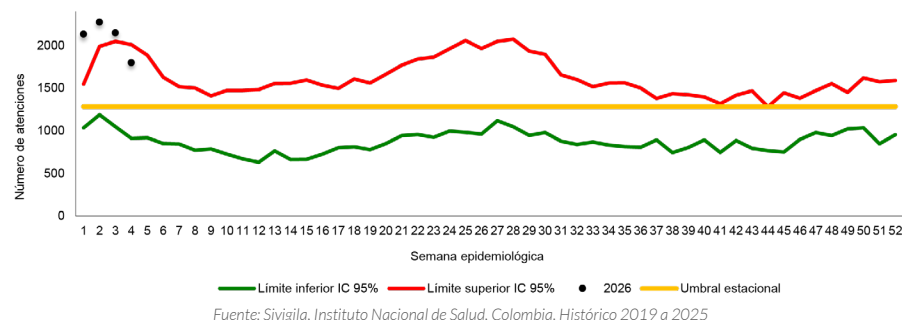
Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026



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

En la semana epidemiológica 04 del 2026, se notificaron 1 801 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 01 a 03 de 2026 se ubicó por encima del límite superior, sin embargo, en la semana 04 se evidenció una disminución, situándose dentro de los límites esperados (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 04 de 2026



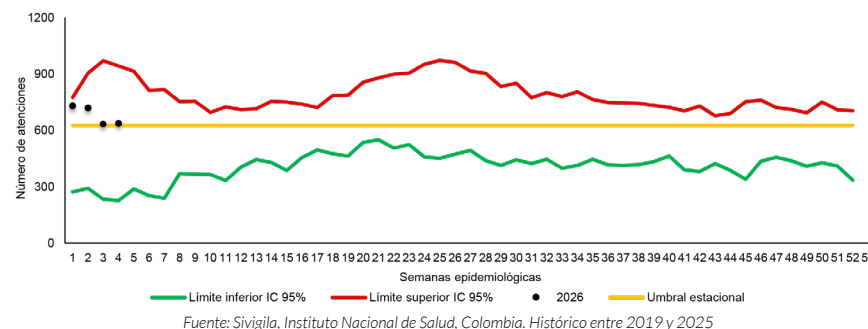
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 04 del 2026 se notificaron 637 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Caldas, Cartagena, Chocó, Casanare, La Guajira, Norte de Santander, Quindío y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Bolívar, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena, Meta, Nariño y Santa Marta. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 04 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 28,8 % (1 177), seguido de los menores de un año con el 11,3 % (463) 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 niños de un año con el 15,7 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 14,1 %.

En el canal endémico las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026, se han ubicado por encima del umbral estacional. (figura 8).

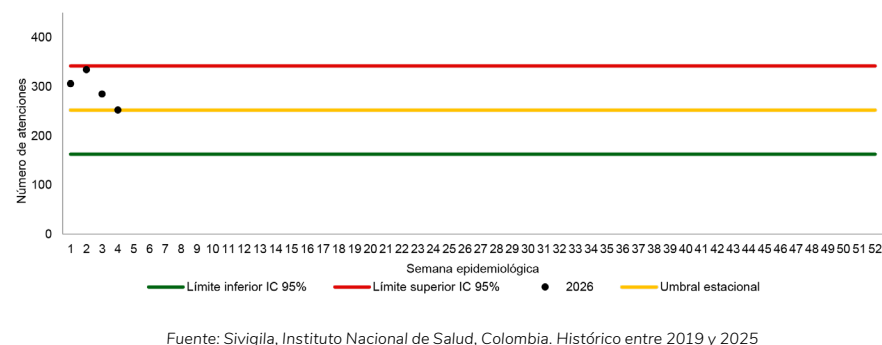
Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026



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

En la semana epidemiológica 04 del 2026, se notificaron 252 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad las hospitalizaciones por IRA se ubicaron por encima del umbral estacional en semana epidemiológica 01 a 04 2026 (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 04 de 2026



Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual positiva en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias, 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, hospitalización en sala general y UCI/UCIM para semana 04 de 2026 se encontraron dentro de los límites esperado.

El comportamiento observado en las atenciones por IRA está estrechamente asociado a factores ambientales y climáticos que influyen en la estacionalidad y transmisión de los virus respiratorios, lo que representa un elemento clave para la evaluación del riesgo epidemiológico en el territorio nacional. Para febrero de 2026, se prevén precipitaciones dentro de los valores normales en gran parte del país; sin embargo, la presencia de lluvias por encima de lo normal en la región Caribe y condiciones de alta humedad persistente en la región Pacífica y la Amazonía configuran escenarios favorables para la circulación de agentes respiratorios. Adicionalmente, aunque se espera una disminución de las precipitaciones en regiones como la Andina y los Llanos Orientales, la variabilidad climática y los contrastes regionales pueden favorecer cambios en la dinámica de transmisión, especialmente en poblaciones vulnerables. En este contexto, se mantiene un riesgo epidemiológico moderado para IRA, por lo que se recomienda fortalecer la vigilancia, la detección temprana de incrementos inusuales y la implementación oportuna de medidas de prevención y control, en particular en los grupos de mayor riesgo¹.

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

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

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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

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

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 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 y *metapneumovirus*, los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 12). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud

¹ Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Boletín de predicción climática y recomendación sectorial. Publicación N.º 371. Bogotá D.C.: IDEAM; 2026. Enero.

Tabla 12. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 50 de 2025 a 04 de 2026

Agente viral identificado	SE 50 a SE 53			SE 01 a 04 del 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	60 años	
Positividad general	56,3	66,4	40,4	59,7	61,7	59,8	
Rinovirus	15,0	15,8	4,3	15,8	17,9	8,5	
Virus sincitial respiratorio	21,0	30,7	2,2	11,0	20,0	4,3	
Enterovirus	7,2	6,0	8,7	4,3	3,2	4,3	
Adenovirus	6,9	9,3	-	4,3	6,3	-	
Influenza B	0,3	-	-	-	-	-	
Influenza A	13,5	5,1	39,1	26,8	15,8	42,5	
Parainfluenza	8,7	11,6	4,3	14,8	21,1	12,8	
Metapneumovirus	8,3	9,8	8,7	4,3	6,3	2,1	
A(H1N1)pdm09	13,7	5,6	28,3	11,0	5,3	19,1	
SARS-CoV2	2,7	3,3	2,2	1,9	1,1	4,3	
A(H3N2)	-	-	-	4,3	1,1	-	
Coronavirus	2,7	2,8	2,1	1,4	2,1	2,1	

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

COVID-19

Metodología

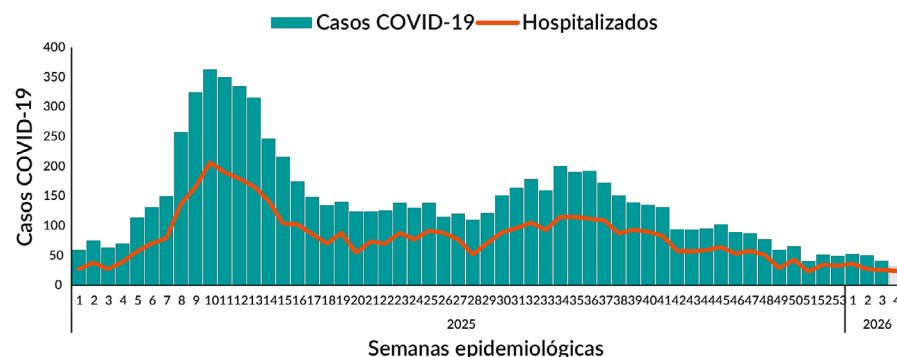
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 04 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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

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

En lo corrido de 2026 (SE 01 a 04), con corte al 31 de enero (SE 04) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 175 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En las últimas cuatro semanas (SE 01 a 04 de 2026), se observó una disminución del 14,63 %, con 175 casos registrados en comparación con el periodo anterior (SE 50 a 53 de 2025), en el cual se reportaron 205 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 15,67 % pasando de 134 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 113 casos en el periodo analizado (figura 1).

Figura 10. Comportamiento temporal de los casos de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01-53 de 2025 y 01-04 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01-53 de 2025 y 01-04 de 2026
SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (SE 01 a 04 de 2026), se registró una incidencia de 0,33 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación de 24 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como de 75 municipios.

En comparación con el periodo anterior (SE 50 a 53 de 2025), se evidencia un aumento en la notificación de COVID-19 a nivel departamental en Córdoba y Risaralda, y a nivel municipal en Patía (Cauca), Montería (Córdoba) y Pereira (Risaralda).

Entre el periodo anterior (SE 50 a 53 de 2025) y actual (SE 01 a 04 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 (-62,50 %), seguido por los de 2 a 4 años (-41,18 %) y 20 a 29 años (-38,46 %). En contraste, se registró un aumento en el grupo de 10 a 19 años (85,71 %), 5 a 9 años (50,00 %), 40 a 49 años (27,27 %) y 50 a 59 años (15,38 %) (tabla 13).

Tabla 13. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (50 de 2025 a 04 de 2026)

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 50-53	SE 01-04 2026		
Menor de un año	56	45	-19,64	
1 año	16	14	-12,50	
2 a 4 años	17	10	-41,18	
5 a 9 años	6	9	50,00	
10 a 19 años	7	13	85,71	
20 a 29 años	13	8	-38,46	
30 a 39 años	16	6	-62,50	
40 a 49 años	11	14	27,27	
50 a 59 años	13	15	15,38	
60 a 69 años	23	16	-30,43	
70 a 79 años	16	15	-6,25	
80 a 89 años	9	6	-33,33	
90 a 99 años	2	4	100,00	
Mayor a 100 años	0	0	0,00	
Total	205	175	-14,63	

Fuente: Sivigila, SE 50 a 53 de 2025 y 01 a 04 de 2026

PE: periodo epidemiológico

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia tres (3) fallecimientos asociados a COVID-19, correspondientes a los municipios de Medellín (Antioquia), Riohacha (La Guajira) y Pasto (Nariño).

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 04 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de dengue. Versión 4. 20 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf

Definición de periodo de transmisión: corresponde al comportamiento esperado mensualmente según el comportamiento histórico (2019-2025 sin 2021)

Alta transmisión	Moderada transmisión	Baja transmisión
Entidades territoriales que presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en al menos 5 años de su histórico (2019-2025 sin 2021).	Entidades territoriales que presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 3 o 4 años de su histórico (2019-2025 sin 2021).	Entidades territoriales que presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 0 o 2 años de su histórico (2019-2025 sin 2021).

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

En la semana epidemiológica 04 del 2025 se notificaron 2 548 casos de dengue: 1 886 casos de esta semana y 662 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 9 383 casos, 5 683 (60,6 %) sin signos de alarma, 3 604 (38,4 %) con signos de alarma y 96 (1,0 %) de dengue grave.

El 56,8 % (5 325) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena de Indias, Cesar, Meta, Santander, Norte de Santander, Barranquilla, Santa Marta y Tolima.

Tabla 14. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación.
Colombia, a semana epidemiológica 04 del 2026

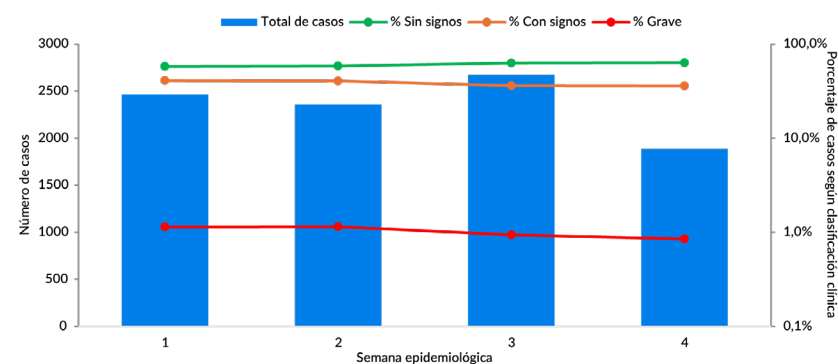
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 49-52 de 2025)	Observado (SE 53 de 2025, SE 01-03 2026)
Cartagena de Indias	913	22,0	1,3	979	1033
Cesar	822	55,4	0,5	548	817
Meta	737	31,3	1,4	577	747
Santander	676	36,2	0,3	544	681
Norte de Santander	643	35,3	1,2	515	682
Barranquilla	544	41,4	0,9	465	585
Santa Marta	502	40,8	0,4	614	526
Tolima	488	33,8	1,8	300	473
Antioquia	444	31,8	0,9	297	456
La Guajira	431	58,2	1,9	353	454
Bolívar	396	38,6	1,8	374	422
Atlántico	380	49,7	0,8	405	407
Magdalena	350	53,1	0,3	381	372
Córdoba	325	49,2	1,8	305	353
Cundinamarca	188	39,4	1,1	121	190
Sucre	173	48,0	1,2	150	193
Huila	162	43,8	3,1	94	156
Valle del Cauca	161	24,8	0,6	220	187
Cali	139	37,4	0,7	150	150
Putumayo	134	9,7	0,7	59	119
Arauca	126	35,7	0,0	88	115
Guaviare	113	14,2	0,0	18	97
Chocó	95	32,6	0,0	56	98
Amazonas	74	23,0	0,0	43	77
Casanare	68	23,5	0,0	43	68
Nariño	48	37,5	0,0	47	42
Quindío	42	21,4	0,0	46	42
Caquetá	31	58,1	3,2	24	28
Risaralda	30	50,0	0,0	26	38
Boyacá	30	53,3	0,0	49	29
Caldas	29	44,8	0,0	8	21
Exterior	26	34,6	7,7	16	28
Cauca	23	39,1	0,0	24	21
Vaupés	21	0,0	0,0	21	22
Vichada	8	37,5	0,0	11	10
Buenaventura	7	14,3	0,0	5	8
Archipiélago de San Andrés	3	33,3	0,0	2	3
Guainía	1	0,0	0,0	2	1
Colombia	9 383	38,4	1,0	7 980	9 751

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 53 de 2025 y 01 a 03 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 49 a 52 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Antioquia, Arauca, Caldas, Casanare, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda y Tolima; y se observó una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Boyacá, mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 14).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,4 % a nivel nacional (figura 11); 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 53 de 2025 y 01 a 03 de 2026) fueron: Boyacá, Caquetá, Cesar, Magdalena, Sucre y La Guajira.

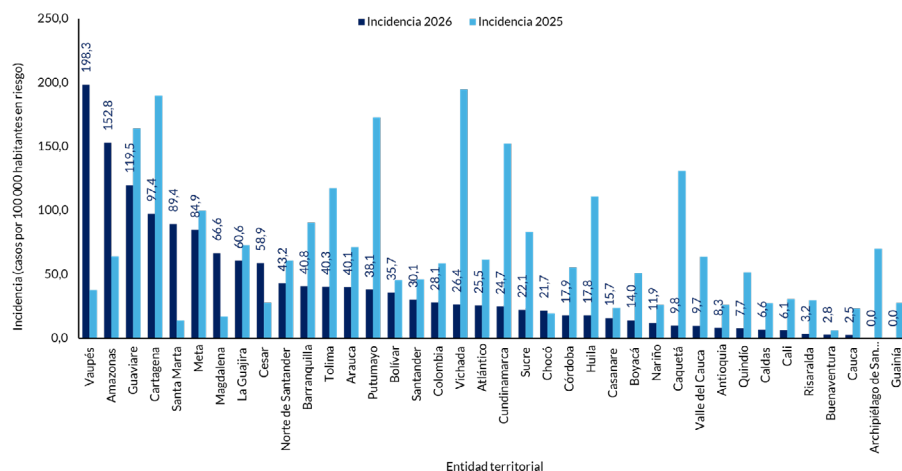
Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2026



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

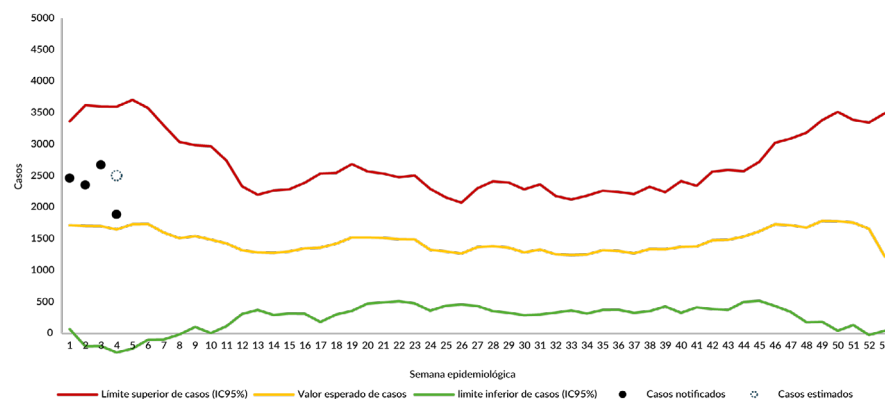
A semana epidemiológica 04 de 2026, la incidencia nacional de dengue es de 28,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 58,6 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vaupés, Amazonas, Guaviare, Cartagena de Indias, Santa Marta y Meta presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 04 del 2026 registrando tasas superiores a 80 casos por 100 000 habitantes (figura 12). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 53,7 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 04 del 2025 y 2026



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

Figura 13. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 04 del 2025 y 2026



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

Tabla 15. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 04 del 2026

Situación epidemiológica a SE 04, 2026	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de enero		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cartagena de Indias, Bolívar, Cesar	Chocó, Magdalena, La Guajira, Norte de Santander, Santa Marta	Vichada
Alerta	Atlántico, Barranquilla, Córdoba	Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Quindío, Nariño Tolima, Santander y Vaupés	Amazonas, Arauca, Boyacá, Casanare, Guaviare, Meta y Putumayo.
Dentro de lo esperado	Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura, Sucre, Risaralda y Valle del Cauca	Caquetá, Cauca, Santiago de Cali, Guainía y Huila

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

24 En la semana epidemiológica 04 de 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 22,2 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 53 de 2025 y 01 a 03 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 49 a 52 del 2025) (figura 13).

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 27,0 % (10) de las entidades territoriales se encuentra dentro de lo esperado, el 48,6 % (18) en situación de alerta y el 24,3 % (9) por encima del límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 15).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 04 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 12,0 % (99) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 19,2 % (11/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 16).

Tabla 16. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 04 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado (SE 49-52, 2025)	Observado (SE 53, 2025, SE 01-03 2026)
Bolívar	Cartagena	86,5	913	979	1033
Cesar	Valledupar	62,0	342	234	324
Córdoba	Cereté	16,4	18	14	24
La Guajira	Riohacha	88,3	185	129	192
	Maicao	45,8	88	46	97
Santa Marta	Santa Marta	90,9	502	614	526
Magdalena	Ciénaga	38,4	49	39	38
Meta	Villavicencio	109,6	559	434	561
Norte de Santander	Cúcuta	43,2	330	226	338
Santander	Barrancabermeja	52,6	113	84	118
Arauca	Arauca	13,0	13	17	12

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

A semana epidemiológica 04 del 2026, se notificaron 20 muertes probables por dengue, las cuales se encuentran en estudio. Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 17 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 17).

Tabla 17. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 04, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 04, 2026	Letalidad por dengue a SE 04, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	0	3	0,00	0,00
Córdoba	0	2	0,00	0,10
Risaralda	0	2	0,00	0,36
Tolima	0	2	0,00	0,07
Antioquia	0	1	0,00	0,07
Atlántico	0	1	0,00	0,22
Barranquilla	0	1	0,00	0,08
Bolívar	0	1	0,00	0,20
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	0,11
Putumayo	0	1	0,00	0,00
Sucre	0	1	0,00	0,00
Colombia	0	20	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 04 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	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1 600 msnm. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

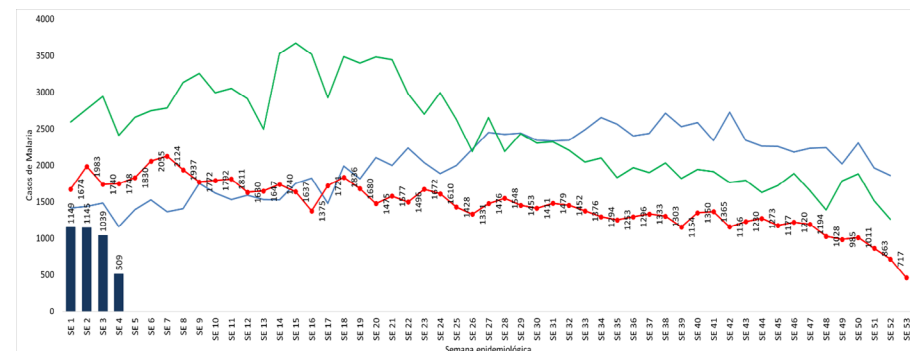
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/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 de la malaria, como lo muestra la grafica (figura 1).

Figura 14. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y 01 a 04 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 04 del 2026 se notificaron 1 154 casos de malaria, para un acumulado de 3 842 casos, de los cuales 3 744 son de malaria no complicada y 98 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 78,1 % (3 000), seguido de *Plasmodium falciparum* con 20,9 % (804) e infección mixta con 1,0 % (38). 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 (24,7 %), Antioquia (14,9 %), Córdoba (10,1 %), Guainía (8,0 %), Amazonas (7,7 %), Nariño (6,1 %), Meta (4,6), Risaralda (4,3 %), Vaupés (3,2 %), Bolívar (3,0 %), Guaviare (2,6 %), Cauca (2,2 %) y Vichada (2,1 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,1 % de los casos son los que se muestran en la tabla 18.

Tabla 18. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 50 a 53 de 2025 y 01 a 04 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 50 a 53	Casos SE 01 a 04 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	285	216	285	7,52
Córdoba	Tierralta	237	215	237	2,37
Meta	Puerto Gaitán	156	131	156	3,38
Chocó	Lloró	143	62	143	13,48
Risaralda	Pueblo Rico	137	75	137	8,16
Antioquia	El Bagre	124	112	124	2,20
Chocó	Bagadó	124	115	124	10,47
Chocó	Quibdó	95	102	95	0,66
Amazonas	La Pedrera (CD)	93	94	93	21,86
Amazonas	Tarapacá (CD)	89	59	89	20,34
Vaupés	Mitú	89	63	89	3,66
Chocó	Medio San Juan	83	65	83	7,06
Chocó	Istmina	76	58	76	2,25
Córdoba	Puerto Libertador	66	37	66	1,45
Bolívar	Montecristo	62	66	62	3,38
Guaviare	San José del Guaviare	62	33	62	0,98
Norte de Santander	Tibú	58	35	58	0,93
Buenaventura	Buenaventura	56	57	56	0,17
Vichada	Puerto Carreño	56	57	56	2,48
Nariño	El Charco	53	33	53	2,28
Cauca	Guapi	47	21	47	1,59
Chocó	Bajo Baudó	42	50	42	1,24
Antioquia	Nechí	41	50	41	1,47
Antioquia	Zaragoza	41	16	41	1,56
Chocó	El Cantón del San Pablo	39	14	39	5,65
Nariño	Magüí	38	17	38	0,14
Chocó	Tadó	37	37	37	1,84
Chocó	Río Quito	35	19	35	3,82
Antioquia	Vigía del Fuerte	34	51	34	3,49
Chocó	Carmen del Darién	34	39	34	1,53
Nariño	Olaya Herrera	33	27	33	1,25
Chocó	Alto Baudó	33	26	33	1,06
Nariño	Roberto Payán	32	21	32	2,40
Antioquia	Turbo	31	21	32	0,23
Antioquia	Cáceres	20	25	31	0,64

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 71,1 % 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 50 a 53 de 2025) se evidencia decremento en los municipios de La Pedrera (CD) y Montecristo y en incremento los municipios de Inírida, Pueblo Rico, Puerto Gaitán, Lloró, Mitú, El Encanto, Tarapacá (CD), Puerto Libertador, San José del Guaviare y Tibú (tabla 19). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 64,3 %; en este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Puerto Gaitán y Vigía del Fuerte y en incremento los municipios de Quibdó, El Charco, Guapi, Istmina, Buenaventura, Medio San Juan, Tierralta, Bagadó, Inírida, Magüí, Río Quito y Lloró como se muestra en la tabla 20.

Tabla 19. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 a 53 del 2025 y 01 a 04 del 2026.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 50 a 53 de 2025	Casos SE 01 a 04 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	196	255	30%	8,7%
Córdoba	Tierralta	188	204	9%	7,0%
Risaralda	Pueblo Rico	71	125	76%	4,3%
Meta	Puerto Gaitán	94	123	31%	4,2%
Antioquia	El Bagre	106	121	14%	4,1%
Chocó	Lloró	46	105	128%	3,6%
Chocó	Bagadó	86	95	10%	3,3%
Amazonas	La Pedrera (CD)	94	89	-5%	3,0%
Vaupés	Mitú	63	83	32%	2,8%
Amazonas	El Encanto	25	70	180%	2,4%
Amazonas	Tarapacá (CD)	52	69	33%	2,4%
Córdoba	Puerto Libertador	37	66	78%	2,3%
Guaviare	San José del Guaviare	31	60	94%	2,1%
Bolívar	Montecristo	66	60	-9%	2,1%
Norte de Santander	Tibú	35	58	66%	2,0%

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

Tabla 20. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 50 a 53 del 2025 y 01 a 04 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 50 a 53 de 2025	Casos SE 01 a 04 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	49	56	14%	7,1%
Nariño	El Charco	26	45	73%	5,7%
Cauca	Guapi	21	44	110%	5,6%
Chocó	Istmina	27	42	56%	5,3%
Buenaventura	Buenaventura	22	35	59%	4,4%
Chocó	Medio San Juan	28	34	21%	4,3%
Chocó	Lloró	9	33	267%	4,2%
Meta	Puerto Gaitán	37	32	-14%	4,1%
Córdoba	Tierralta	26	30	15%	3,8%
Chocó	Bagadó	25	29	16%	3,7%
Guainía	Inirida	20	27	35%	3,4%
Nariño	Magüí	11	27	145%	3,4%
Chocó	Río Quito	7	27	286%	3,4%
Antioquia	Vigía del Fuerte	34	21	-38%	2,7%
Cauca	Timbiquí	19	19	0%	2,4%

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 04 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran ocho departamentos en situación de incremento y siete en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 36 municipios en incremento y 70 en decremento (tabla 21).

Tabla 21. Comportamientos inusuales. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2025 y semana epidemiológica 04 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 04 2025	Acumulado 2026	SE 04 2026	Esperado	Observado
Amazonas	La Chorrera (CD)	2	0	0	10	2	3	10
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	145	35	91	12	52	91
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	6	0	11	0	0	11
Amazonas	Leticia	4	15	7	7	0	4	7
Amazonas	La Pedrera (CD)	5	7	4	94	5	45	94
Antioquia	Anorí	4	5	0	17	0	12	17
Antioquia	Remedios	4	11	2	10	1	5	10
Antioquia	Nechí	5	103	22	41	11	29	41
Antioquia	Yondó	4	2	1	10	0	2	10
Antioquia	Valdivia	4	4	1	5	0	1	5
Arauca	Saravena	4	83	32	10	1	1	10
Bolívar	Montecristo	5	104	24	69	10	51	69
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	3	1	5	2	2	5
Caquetá	Solano	4	9	3	4	0	1	4
Caquetá	Florencia	4	32	7	8	2	1	8
Chocó	El Carmen de Atrato	4	1	1	9	1	3	9
Chocó	Belén de Bajirá	5	14	3	32	6	11	32
Chocó	Lloró	5	166	34	143	21	131	143
Chocó	Istmina	5	98	20	76	20	67	76
Córdoba	Tuchín	4	11	6	11	1	3	11
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	0	0	4	0	1	4
Guainía	Inirida	5	180	52	286	31	248	286
Guainía	San Felipe (CD)	4	2	1	5	2	2	5
Guainía	La Guadalupe (CD)	4	0	0	3	0	0	3
Guaviare	San José del Guaviare	5	50	15	62	6	51	62
Guaviare	Calamar	4	18	6	20	2	14	20
Meta	Puerto Gaitán	4	6	1	160	23	17	160
Meta	Villavicencio	4	3	1	5	4	2	5
Putumayo	Puerto Leguizamo	4	3	0	10	0	1	10
Risaralda	Pereira	4	3	1	8	3	1	8
Risaralda	La Virginia	4	4	2	6	1	1	6
Santander	Barrancabermeja	4	0	0	3	2	0	3
Sucre	Majagual	4	0	0	4	2	0	4
Sucre	Sincelejo	4	1	0	3	0	1	3
Vaupés	Taraira	5	4	1	30	3	14	30
Vichada	Puerto Carreño	4	21	12	58	13	12	58

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena (tabla 22).

El 83,0 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 17,0 % como desnutrición aguda severa. El 8,4 % de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (28,0 %) y de 1 año (27,1 %). Según el área de residencia, el 67,5 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 04 del 2026, se identificó variación estadísticamente significativa en la notificación de casos de desnutrición aguda en los departamentos de Bolívar, Magdalena, Putumayo, Cauca, Vichada, Guainía y Vaupés; 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 87 municipios a nivel nacional (7,7 %) y de disminución en 20 municipios (1,8%). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 a 2025, se registraron diferencias estadísticamente significativas en la notificación de 15 municipios (tabla 23).

29

A semana epidemiológica 04 del 2026, se han notificado 1 482 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 1 475 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 (05 de 2025 a 04 de 2026) es de 0,55 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más

Tabla 22. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 04 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 04 de 2025	Casos a SE 04 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	1465	1475	0.55	7.7	1.8
La Guajira	174	133	1.54	0.0	6.7
Chocó	94	50	1.18	12.9	9.7
Vichada	10	4	1.16	0.0	50.0
Magdalena	33	42	0.85	10.3	0.0
Guaviare	5	7	0.85	25.0	25.0
Risaralda	43	33	0.75	7.1	7.1
Arauca	21	18	0.68	28.6	42.9
Cartagena de Indias	47	42	0.67	0.0	0.0
Amazonas	4	2	0.63	0.0	0.0
Cesar	64	46	0.63	16.0	4.0
Casanare	8	13	0.63	10.5	5.3
Antioquia	176	212	0.61	9.6	0.0
Boyacá	32	39	0.61	6.5	0.0
Norte Santander	45	39	0.59	5.0	2.5
Bogotá, D.C	187	203	0.59	0.0	0.0
Vaupés	4	1	0.58	0.0	0.0
Bolívar	30	45	0.57	17.8	2.2
Nariño	54	56	0.53	4.7	1.6
Putumayo	17	24	0.53	30.8	7.7
Guainía	2	1	0.52	0.0	0.0
Cundinamarca	89	81	0.50	6.9	0.9
Buenaventura	13	8	0.50	0.0	0.0
Valle del Cauca	39	49	0.48	5.0	0.0
Santiago de Cali	38	44	0.48	0.0	0.0
Meta	19	28	0.46	6.9	0.0
Sucre	24	19	0.44	11.5	0.0
Huila	33	38	0.44	8.1	0.0
Santa Marta	12	10	0.41	0.0	0.0
Barranquilla	7	14	0.40	0.0	0.0
Tolima	23	31	0.38	4.3	0.0
Caquetá	7	14	0.36	12.5	6.3
Caldas	9	13	0.34	7.4	0.0
Santander	39	33	0.31	3.4	1.1
Atlántico	10	30	0.31	9.1	0.0
Córdoba	34	32	0.30	6.7	0.0
Quindío	2	6	0.27	8.3	0.0
Cauca	17	13	0.26	2.4	0.0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	2	0.05	0.0	0.0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 05 de 2025 a SE 04 de 2026.

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

Tabla 23. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 04 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Antioquia	Medellín	50	81
Cundinamarca	Soacha	31	26
Atlántico	Soledad	7	15
Cesar	Valledupar	11	15
La Guajira	Maicao	25	11
Tolima	Ibagué	3	11
Antioquia	Rionegro	2	9
Caquetá	Florencia	4	9
Valle del Cauca	Jamundí	4	8
Sucre	Sincelejo	2	7
Valle del Cauca	Tuluá	2	7
Cesar	Aguachica	2	6
Santander	Bucaramanga	8	3
Arauca	Arauca	8	3
Norte de Santander	Villa del Rosario	3	0

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 a 2026 (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

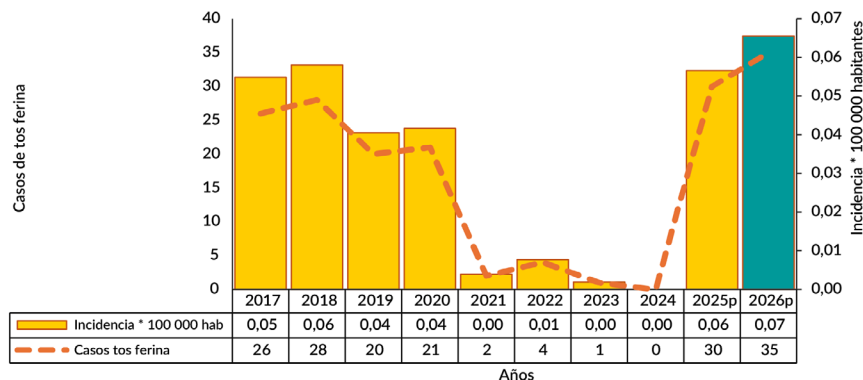
Comportamiento de la Tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 03 del 2026

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 (SE) 03 de 2026, a nivel nacional se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 250 casos probables de tos ferina. De estos, el 14,0 % (35) se confirmó y corresponde a casos con procedencia de Colombia, el 15,6 % (39) corresponde a casos descartados y el 70,40 % (176) se encuentra en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la SE 03 es de 0,07 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos correspondientes a la misma semana en años anteriores, se evidencia un incremento sostenido en el número de casos notificados, donde la incidencia no superó los 0,06 casos por cada 100 000 habitantes (figura 15).

Figura 15. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 03, 2017 al 2026p

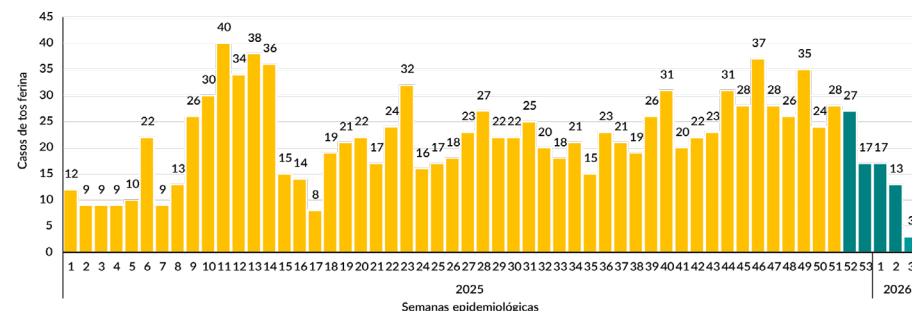


Fuente: Sivigila 2017 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 16 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (SE 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 se registra una reducción del 56,14 %, al pasar de 114 casos (SE 49–52) a 50 casos (SE 53 de 2025 y SE 01–03 de 2026). Es importante señalar que, estos datos están sujetos a modificaciones debido al rezago inherente al proceso de confirmación de casos.

Figura 16. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01- 53 de 2025p y 01-03 de 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2025 y 2026 (datos preliminares)

p: dato preliminar sujeto a validación

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia a semana epidemiológica 03 de 2019 a 2026 (datos preliminares)

El mayor número de casos se registró en Cartagena de Indias, con una incidencia de 0,99 casos por cada 100 000 habitantes (10), le siguen Risaralda con 0,30 (3), Casanare con 0,21 (1) y Santiago de Cali con 0,18 casos por cada 100 000 habitantes (4).

En la tabla 24 se presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 24. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 03, (2019 a 2026p)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 ^b	2026 ^b	Tendencia	2026 ^b
Colombia	0,04	0,04	0,00	0,01	0,00	0,00	0,06	0,07		35
Cartagena de Indias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99		10
Risaralda	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30		3
Casanare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21		1
Santiago de Cali	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18		4
Chocó	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17		1
Bolívar	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24	0,16		2
Sucre	0,11	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
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
Antioquia	0,11	0,08	0,03	0,01	0,00	0,00	0,13	0,07		5
Cesar	0,00	0,15	0,00	0,00	0,07	0,00	0,07	0,07		1
Atlántico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06		1
Santander	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,04		1
Cundinamarca	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,03		1
Bogotá D.C.	0,05	0,04	0,00	0,01	0,00	0,00	0,09	0,01		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2026 (datos preliminares)
p: datos preliminares

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,10 casos por cada 100 000 habitantes (52 casos). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas (SE 53 de 2025 y 01-03 de 2026) en: Cauca y La Guajira (tabla 25).

Tabla 25. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia, por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas 53 de 2025 y 01-03 de 2026

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 49-52 de 2025)	Casos PE actual (SE 53 de 2025 y 01-03 de 2026)	Incidencia PE anterior (SE 49-52 de 2025)	Casos PE actual (SE 53 de 2025 y 01-03 de 2026)	Tendencia
Colombia	114	52	0,21	0,10	
Cauca	0	2	0,00	0,13	
La Guajira	0	4	0,00	0,37	
Antioquia	20	7	0,29	0,10	
Atlántico	3	1	0,19	0,06	
Barranquilla	5	2	0,39	0,16	
Bogotá, D.C.	12	4	0,15	0,05	
Bolívar	6	2	0,49	0,16	
Cartagena de Indias	15	12	1,48	1,19	
Boyacá	3	1	0,23	0,08	
Cesar	10	3	0,68	0,20	
Córdoba	4	1	0,20	0,05	
Chocó	3	1	0,51	0,17	
Risaralda	4	3	0,40	0,30	
Santander	3	1	0,13	0,04	
Sucre	3	1	0,29	0,10	
Santiago de Cali	8	4	0,35	0,18	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2025 y 2026 (datos preliminares)
PE: periodo epidemiológico - SE: semana epidemiológica

Seguimiento de brotes activos en población indígena por departamento de procedencia, Colombia, 2025 y 2026 (datos preliminares)

En 2026 (SE 03), se identificaron siete (7) casos confirmados de tos ferina en población indígena distribuidos así: Risaralda (3), Santander (2), Chocó (1) y Antioquia (1). Es importante señalar que, según la fecha de inicio de síntomas, durante la SE 03 de 2026 aún permanecen activos y sin cierre epidemiológico algunos brotes iniciados en 2025, los cuales continúan aportando casos al periodo actual. Los brotes en seguimiento se detallan en la tabla 26.

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

Entidad territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Chocó	Unguia	1	19/01/2026	02/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	18/01/2026	01/03/2026
Antioquia	Dabeiba	10	15/01/2026	26/02/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026
	Mistrató	3	29/12/2025	09/02/2026
La Guajira	Maicao	3	28/12/2025	08/02/2026
Santander	Cedrito	2	25/12/2025	05/02/2026
Cordoba	Tierralta	19	17/12/2025	28/01/2026
Vaupés	Mitú	1	13/12/2025	24/01/2026

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2025 y 2026 (datos preliminares)
FIS: fecha de inicio de síntomas
p: datos preliminares



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización de fiebre amarilla a nivel nacional, febrero 03 de 2026

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país tenemos que, durante el año 2024 se notificaron 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).

A corte del 03 de febrero 2026, se han notificado para estudio 149 casos, de los cuales han sido confirmados 17 casos por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico, para un total de 18 casos confirmados, con fecha de inicio de síntomas entre el 04 y el 27 de enero de 2026, todos procedentes del Tolima.

Se han presentado 11 casos fallecidos, con siete (7) casos confirmados como causa de fallecimiento y cuatro (4) en estudio, para una letalidad actual de 38,87 % (7/18).

En el acumulado de 2024-2026 se registran 166 casos 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 (146 casos):** con 13 municipios afectados: Ataco (27), Villarrica (22), Cunday (30), Chaparral (22), Prado (20), 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).
- **Vaupés (1 caso):** Mitú.
- **Caldas (1 caso):** Neira.
- **Cauca (1 caso):** Piamonte.

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 excluyeron cinco (5) casos de mortalidad del cálculo de la letalidad ya que su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y tres (3) casos en estudio.

- **Huila (1 caso):** Campoalegre.
- **Guaviare (1 caso):** San José del Guaviare.
- **Exterior (3 casos):** Venezuela en el Estado de Apure (2) y Estado Amazonas (1).

En cuanto a las mortalidades acumuladas 2024-2026 (datos preliminares), se han presentado 75 fallecimientos: 66 confirmados, cinco (5) casos excluidos de la letalidad² y cuatro (4) en estudio, lo que representa una letalidad del 39,7% (66/166). Estos casos se distribuyen en nueve departamentos así: Tolima (51), Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1).

Los dos (2) últimos casos confirmados en 2026 (datos preliminares), corresponden a dos (2) masculinos de procedencia y residencia Chaparral-Tolima, sus características son:

Caso 1. Hombre de 58 años, agricultor, con aseguramiento Nueva EPS, procedencia Chaparral-Tolima (vereda Risalda-Calarma), quien consulta a Hospital Local de Chaparral, el 31 de enero de 2026, con fecha de inicio de síntomas del 27 de enero de 2026. Sin antecedente vacunal de fiebre amarilla en PAI web. Resultado de PCR fiebre amarilla positivo del 02 de febrero de 2026 y PCR dengue negativo.

Caso 2. Hombre de 33 años, ocupación trabajadora forestal, con aseguramiento Pijaos Salud, procedencia Chaparral-Tolima (Risalda-Calarma), quien consulta a Hospital Local de Chaparral el 28 de enero de 2026 con fecha de inicio de síntomas del 24 de enero de 2026. Sin antecedente vacunal de fiebre amarilla en PAI web. Resultados del 02 de febrero de 2026 para PCR fiebre amarilla positivo y PCR dengue negativo.

En relación con epizootias, durante 2025-2026 (datos preliminares) se han confirmado 79 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH) distribuidos así: 62 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (19), Ataco (10), Cunday (9), Planadas (6), San Antonio (5), Rioblanco (4), Villarrica (3), Prado (3) y Purificación (3); ocho (8) casos procedentes de Huila en los municipios de Neiva (3), Palermo (3) y Aipe (2); ocho (8) casos procedentes de Putumayo en los municipios de Mocoa (6), Orito (2) y un (1) caso procedente de Meta en el municipio de Villavicencio.

El último caso se confirmó el 30 de enero de 2026 por parte del Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud, se trata de un ejemplar del género *Aotus* spp, correspondiente a una hembra adulta encontrada el 23 de enero de 2026 en zona rural de la vereda Las Margaritas del municipio de Cunday (Tolima).

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

Brote de tos ferina en población de interés especial. Cerrito y Concepción (Santander), enero 31 de 2026

El 29 de enero de 2026 se identificó un conglomerado de cinco (5) casos de tos ferina, en menores de edad, pertenecientes a la comunidad indígena U'wa del sector Aguablanca de Santander. El 30 de enero de 2026 se realizó una Sala de Análisis de Riesgo (SAR) nacional con participación de Santander, Norte de Santander, Boyacá y Arauca, con el objetivo de establecer la procedencia de los casos y definir acciones de prevención y fortalecimiento de la vigilancia en salud pública en los departamentos relacionados. Los menores afectados corresponden a edades entre 1 mes y 3 años, con predominio del sexo masculino. Dos (2) casos fueron confirmados mediante prueba molecular (FilmArray) positiva para *Bordetella pertussis*; los otros tres (3) casos se encuentran pendientes de resultado, aunque presentan sintomatología compatible con el evento.

Actualmente, cuatro casos se encuentran hospitalizados en Villavicencio (1 caso), Saravena (2 casos) y en el Hospital Universitario de Santander (1 caso). Uno de los casos fue dado de alta.

El caso índice presentó síntomas el 28 de diciembre de 2025. El periodo probable de exposición se relacionó con actividades comunitarias realizadas desde mediados de diciembre en el marco de las festividades tradicionales del canto indígena, que se extendieron hasta inicios de enero y contaron con la participación de varias comunidades indígenas. De acuerdo con la información obtenida en la investigación epidemiológica de campo (IEC), durante estos encuentros asistieron personas con síntomas respiratorios.

A la fecha no se han registrado fallecimientos. Uno de los casos presentó antecedente de tuberculosis y otra desnutrición global. Cuatro (4) menores no contaban con esquema de vacunación para tos ferina acorde a la edad, el otro presentó esquema incompleto.

Situación en seguimiento por la Sala de Análisis de Riesgo Nacional, información sujeta a cambios.

Fuente: Sala de Análisis de Riesgo nacional de tos ferina

ALERTAS INTERNACIONALES

Anticuerpos contra la influenza aviar A(H5N1) en ganado vacuno de Países Bajos, 2026. Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades (ECDC). Fecha de publicación: 30 de enero de 2026

El 23 de enero de 2026, los Países Bajos informaron la detección de anticuerpos contra la influenza aviar A(H5N1) en leche de una vaca en una explotación lechera de la provincia de Frisia. El 15 de enero de 2026 se tomaron muestras aleatorias a 20 vacas, tras la identificación de la infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en un gato en diciembre de 2025.

No se detectaron virus de influenza aviar A(H5N1) activo en las muestras de leche, pero en una muestra, se detectaron anticuerpos contra el virus de la influenza aviar, lo que sugiere una exposición previa a la infección. La vaca presentó signos de mastitis a mediados de diciembre y, en consecuencia, la leche de la vaca afectada fue excluida de la cadena alimentaria humana. La leche de la granja se utiliza exclusivamente en productos pasteurizados, lo que inactiva el virus.

El aislado del virus A(H5N1) del gato doméstico se presentó a GISAID el 7 de enero de 2026, con fecha de recolección el 24 de diciembre de 2025. El aislado, A/Gato doméstico/Países Bajos/25021875-005/2025, pertenece al clado 2.3.4.4b y al genotipo EA 2024-DI (subgrupo DI.2).

Todos los virus de la IAAP (Influenza Aviar de Alta Patogenicidad) A(H5Nx) en especies aviares detectados en Europa desde 2016 pertenecen al clado 2.3.4.4b, y durante el año epidemiológico 2024-2025, el genotipo DI.2 fue el más frecuente y extendido entre los virus de la IAAP A(H5N1). Filogenéticamente, el virus se encuentra en la misma rama que otras cepas DI-2 recolectadas de aves silvestres y cautivas en Europa en 2025, incluyendo cepas de aves silvestres en los Países Bajos. El aislado del gato presenta una diferencia de un nucleótido en la HA con respecto a las cepas de aves de esta rama. Además, el aislado ha adquirido la sustitución E627K en el segmento PB2, lo que se asocia con un aumento de la actividad de las polimerasas virales en huéspedes mamíferos.

El 22 de enero, se tomaron muestras de todas las vacas lecheras de la granja para detectar la presencia del virus, y hasta la fecha, todas las pruebas han dado negativo. Los resultados de las pruebas serológicas de anticuerpos contra el virus de la influenza aviar aún están pendientes. Actualmente, no hay indicios de circulación activa del virus en la granja ni de transmisión a otras granjas.

Los resultados de pruebas serológicas y de PCR para influenza A(H5N1) de los trabajadores de la granja y del veterinario están pendientes.

Hasta la fecha, no se han confirmado casos humanos de infección por influenza A(H5N1) en los Países Bajos ni en otros países de la Unión Europea. En Estados Unidos, solo se ha notificado la transmisión de la gripe aviar del ganado a los humanos en trabajadores agrícolas expuestos a ganado infectado o entornos contaminados. Todos ellos presentaron síntomas leves y ninguno requirió hospitalización.

Con la información disponible actualmente, el ECDC ha evaluado el riesgo de los virus de la gripe aviar A(H5N1) clado 2.3.4.4b que circulan actualmente en Europa como bajo para la población general y de bajo a moderado para quienes están expuestos, ya sea laboralmente o de otro modo, a animales infectados, incluido el ganado, o entornos contaminados.

Fuente: Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades (ECDC). Communicable disease threats report, 24-30 January 2026, week 5. Fecha de publicación: 30 de enero de 2026. Fecha de consulta: 04 de febrero de 2026. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-5-2026.pdf>

Situación epidemiológica de sarampión en México. Secretaría de Salud de México. Fecha de publicación: 03 de febrero de 2026

Desde la semana epidemiológica (SE) 05 de 2025, cuando se confirmó el primer caso de sarampión en México, a la fecha se han reportado 8 332 casos confirmados acumulados en el país. Con información preliminar, a 03 de febrero de 2026, en la SE 04 de 2026 se han notificado 1 391 casos probables de enfermedad febril exantemática (EFE) y 442 casos confirmados de sarampión; en lo corrido de la SE 05 de 2026 se han notificado 52 casos probables de EFE.

El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (1 257 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (1 009 casos) y el de 25 a 29 años (908 casos). En total se reportan 26 defunciones asociadas a sarampión (25 corresponden al año 2025 y una corresponde al 2026).

La distribución de casos por estado está encabezada por el estado de Chihuahua con 4 501 casos, seguido por Jalisco con 1 776 casos. En 2026 la mayoría de los casos se han confirmado en el estado de Jalisco (1 113 casos) seguido por Chiapas (232 casos) y Ciudad de México (111 casos).

Fuente: Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 03 de febrero de 2026. Fecha de consulta: 04 de febrero de 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1054780/INFORME_DIARIO_SARAMPION_20260203.pdf

Alerta epidemiológica sobre sarampión en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 03 de febrero de 2026

Entre la SE 01 y 53 de 2025, en la región de las Américas, fueron confirmados 14 891 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones, de las cuales 22 (73 %) se presentaron en población indígena. Los casos confirmados fueron notificados por Argentina (36 casos), Belice (44 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (597 casos), Brasil (38 casos), Canadá (5 436 casos, incluyendo dos defunciones), Costa Rica (1 caso), El Salvador (1 caso), los Estados Unidos de América (2 242 casos, incluyendo tres defunciones), Guatemala (1 caso), México (6 428 casos, incluyendo 24 defunciones), Paraguay (49 casos), Perú (5 casos) y Uruguay (13 casos). Este total representa un aumento de 32 veces en comparación con los 466 casos de sarampión notificados en el 2024.

En 2026, entre la SE 1 y la SE 3, en la Región de las Américas, fueron confirmados 1 031 casos de sarampión, sin defunciones notificadas. Los casos fueron notificados por Bolivia (10 casos), Canadá (67 casos), Chile (1 caso), los Estados Unidos de América (171 casos), Guatemala (41 casos), México (740 casos) y Uruguay (1 caso). Este total representa un aumento de 45 veces en comparación con los 23 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2025. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas del 2025 e inicios del 2026 se observa un aumento importante en el número de casos notificados.

De los casos confirmados, el grupo de 10 a 19 años concentra la mayor proporción de casos (24 %), seguido por el grupo de 20 a 29 años (19 %) y el de 1 a 4 años (18 %). El 78 % de los casos no estaban vacunados y en el 11 % la información era desconocida o no estaba disponible. Según la clasificación por fuente de infección, el 6 % de los casos fueron importados, el 71 % asociados a importación, el 20 % de fuente de infección desconocida y el 2 % se clasificaron como casos endémicos.

El incremento marcado de casos de sarampión en la región de las Américas durante 2025 y el inicio de 2026, constituye una señal de alerta que requiere una acción inmediata y coordinada por parte de los países; en la alerta, la OPS ofrece recomendaciones relacionadas a vacunación, vigilancia y respuesta rápida, eventos masivos y viajes internacionales.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 03 de febrero de 2026. Fecha de consulta: 04 de febrero de 2026. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal_1.pdf



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 04 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 04

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Defectos Congénitos			Hepatitis A		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexa epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexa epidemiológico		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	3	1	0	39	30	39	74	43	75	17	14	17	0	0	0	2	1	2	0	0	0
Antioquia	51	12	6	1624	1397	1624	444	369	446	141	149	145	4	3	6	107	98	107	2	73	2
Arauca	15	3	1	87	59	87	126	44	110	45	15	48	0	0	0	1	5	1	0	1	0
Atlántico	3	3	0	342	278	342	380	334	398	189	192	198	3	8	4	5	4	5	0	1	0
Barranquilla D.E.	1	0	0	380	265	380	544	653	557	225	310	231	5	11	5	9	7	9	0	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	1978	1769	1978	0	0	0	0	0	0	0	0	0	342	171	342	2	18	2
Bolívar	21	6	6	229	218	229	396	248	401	153	125	163	7	4	8	19	9	19	0	0	0
Boyacá	4	3	0	547	474	547	30	40	36	16	15	20	0	0	1	44	35	44	1	1	1
Buenaventura D.E.	3	0	0	24	13	24	7	21	6	1	8	1	0	0	0	7	2	7	0	0	0
Caldas	7	2	3	334	290	334	29	27	19	13	15	6	0	0	0	9	7	9	0	1	0
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	437	417	437	139	679	145	52	307	51	1	8	1	99	38	99	0	12	0
Caquetá	15	3	6	105	89	105	31	164	28	18	92	17	1	3	1	7	8	7	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	3	0	2	209	141	209	913	338	1010	201	153	221	12	7	16	23	16	23	0	0	0
Casanare	6	2	1	188	113	188	68	104	69	16	47	20	0	1	0	9	5	9	0	1	0
Cauca	12	3	4	476	435	476	23	92	21	9	34	8	0	1	0	88	25	88	0	7	0
Cesar	14	3	2	213	194	213	822	318	796	455	210	445	4	5	4	6	8	6	0	3	0
Chocó	19	4	5	30	14	30	95	45	95	31	10	32	0	0	0	5	4	5	0	0	0
Córdoba	23	5	3	392	375	392	325	310	350	160	156	180	6	3	6	28	29	28	0	1	0
Cundinamarca	9	1	2	1319	1046	1319	188	318	183	74	145	67	2	1	1	80	49	80	1	3	1
Guainía	3	0	0	18	11	18	1	7	2	0	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Guaviare	7	2	2	22	28	22	113	32	80	16	8	10	0	0	0	2	4	2	0	0	0
Huila	12	2	2	592	462	592	162	397	148	71	170	61	5	9	6	29	28	29	1	1	1
La Guajira	13	1	4	169	153	169	431	226	438	251	169	248	8	5	7	3	6	3	0	1	0
Magdalena	13	4	3	170	183	170	350	114	353	186	78	192	1	2	3	4	4	4	0	0	0
Meta	16	3	3	423	301	423	737	415	739	231	172	225	10	3	12	12	14	12	1	4	1
Nariño	6	1	3	606	521	606	48	55	48	18	19	18	0	1	1	17	20	17	0	1	0
Norte de Santander	31	8	4	533	424	533	643	302	618	227	153	232	8	5	3	23	27	23	3	11	3
Putumayo	11	3	1	176	123	176	134	159	116	13	50	11	1	2	0	8	7	8	0	0	0
Quindío	1	0	0	265	221	265	42	75	43	9	24	9	0	0	0	7	5	7	1	1	1
Risaralda	5	1	1	387	309	387	30	78	35	15	30	20	0	1	2	26	15	26	2	4	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	22	28	22	3	18	3	1	10	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	0	0	160	126	160	502	84	557	205	52	228	2	2	2	0	2	0	0	0	0
Santander	20	3	6	688	532	688	676	410	645	245	171	240	2	3	1	16	19	16	0	6	0
Sucre	5	2	1	229	206	229	173	369	193	83	215	100	2	6	3	11	4	11	0	0	0
Tolima	16	3	3	631	482	631	488	644	428	165	274	130	9	7	9	17	14	17	1	1	1
Valle del Cauca	11	1	3	810	616	810	161	557	186	40	252	49	1	4	2	23	25	23	0	13	0
Vaupés	3	2	0	17	11	17	21	11	23	0	3	0	0	0	0	8	1	8	0	0	0
Vichada	3	0	0	9	19	9	8	5	8	3	1	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Total nacional	386	87	77	14.880	12.372	14.880	9.357	8.105	9.408	3.595	3.850	3.650	94	105	104	1.097	719	1.097	15	167	15

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 04

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas		
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1	2	1	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Antioquia	232	236	232	54	52	54	0	1	0	0	6	0	8	5	8	26	49	26
Arauca	4	7	4	15	6	15	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	2	5
Atlántico	43	39	43	5	7	5	1	1	1	0	0	0	8	4	8	8	13	8
Barranquilla D.E.	32	39	32	12	9	12	0	0	0	0	0	0	6	5	6	17	13	17
Bogotá D.C.	283	227	283	24	19	24	0	2	0	2	1	2	10	7	10	82	53	82
Bolívar	16	19	16	14	8	14	0	0	0	0	1	0	1	4	1	20	9	20
Boyacá	38	31	38	10	14	10	0	0	0	0	1	0	2	2	2	5	6	5
Buenaventura D.E.	1	2	1	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1
Caldas	29	45	29	5	16	5	1	1	1	0	0	0	0	1	0	5	5	5
Santiago de Cali D.E.	72	73	72	8	9	8	0	0	0	1	1	1	5	2	5	23	17	23
Caquetá	7	9	7	5	9	5	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	3	3
Cartagena de Indias D.T.	25	23	25	7	4	7	0	0	0	0	0	0	2	1	2	4	7	4
Casanare	11	8	11	8	5	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4	6
Cauca	23	16	23	21	26	21	0	1	0	0	0	0	1	2	1	8	7	8
Cesar	22	25	22	11	15	11	0	0	0	0	0	0	0	3	0	10	8	10
Chocó	2	2	2	4	3	4	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	2	2
Córdoba	36	37	36	19	19	19	1	1	1	1	0	1	4	5	4	12	22	12
Cundinamarca	68	67	68	16	20	16	0	1	0	0	1	0	6	4	6	22	15	22
Guainía	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Guaviare	1	2	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Huila	26	23	26	30	30	30	0	0	0	0	0	0	2	3	2	13	8	13
La Guajira	8	10	8	8	6	8	0	0	0	0	0	0	2	2	2	5	5	5
Magdalena	9	14	9	3	7	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	8	1
Meta	20	23	20	14	16	14	0	0	0	0	0	0	1	3	1	12	10	12
Nariño	37	41	37	28	28	28	0	0	0	0	0	0	1	3	1	12	20	12
Norte de Santander	42	36	42	28	30	28	0	0	0	0	1	0	3	4	3	25	10	25
Putumayo	8	7	8	12	20	12	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	5	4
Quindío	15	15	15	4	7	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	8	4
Risaralda	50	49	50	9	12	9	1	0	1	0	0	0	4	1	4	15	11	15
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Santa Marta D.T.	11	10	11	3	7	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	2
Santander	63	49	63	12	23	12	0	0	0	0	0	0	6	3	6	9	12	9
Sucre	17	21	17	7	9	7	1	0	1	0	0	0	0	2	0	11	7	11
Tolima	28	29	28	22	24	22	0	0	0	1	0	1	2	2	2	6	7	6
Valle del Cauca	47	50	47	8	23	8	1	2	1	0	0	0	2	3	2	24	14	24
Vaupés	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Vichada	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total nacional	1.332	1.287	1.332	432	491	432	8	14	8	5	13	5	80	80	80	407	368	407

39

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por gases			Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, 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	294	123	294	0	0	0
Antioquia	12	14	12	51	79	51	12	6	14	33	10	33	572	763	572	38	34	24
Arauca	0	0	0	0	0	0	1	6	1	0	1	0	18	3	18	2	0	2
Atlántico	2	0	2	8	6	8	1	1	2	0	0	0	0	0	0	3	4	1
Barranquilla D.E.	2	1	2	17	15	17	4	3	7	0	0	0	0	0	0	4	3	2
Bogotá D.C.	21	16	21	149	118	149	0	1	0	22	2	22	0	0	0	24	22	9
Bolívar	0	2	0	8	22	8	0	0	0	0	0	0	122	111	122	4	7	2
Boyacá	4	1	4	1	6	1	1	1	1	0	0	0	12	0	12	9	4	7
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	56	106	56	2	2	2
Caldas	2	2	2	16	15	16	1	2	1	5	2	5	3	5	3	4	3	2
Santiago de Cali D.E.	2	0	2	12	39	12	18	10	21	5	4	5	2	2	2	20	23	9
Caquetá	0	0	0	4	1	4	0	0	1	0	0	0	20	16	20	1	3	0
Cartagena de Indias D.T.	2	1	2	2	18	2	0	0	0	1	1	1	2	0	2	4	4	2
Casanare	1	0	1	2	2	2	0	2	0	0	0	0	3	6	3	1	1	0
Cauca	1	0	1	6	6	6	2	1	2	0	0	0	83	193	83	3	5	2
Cesar	0	0	0	0	6	0	0	3	0	0	0	0	2	3	2	4	5	3
Chocó	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	943	2169	943	6	3	4
Córdoba	8	2	8	12	49	12	1	0	1	0	0	0	383	891	383	3	2	2
Cundinamarca	23	5	23	19	19	19	0	1	1	1	0	1	0	0	0	9	9	5
Guainía	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	301	232	301	0	0	0
Guaviare	0	0	0	4	4	4	0	0	0	0	0	0	101	90	101	0	0	0
Huila	3	0	3	5	17	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	3	1
La Guajira	0	2	0	2	2	2	1	1	1	0	0	0	2	3	2	3	3	1
Magdalena	0	0	0	0	4	0	6	0	6	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Meta	0	0	0	5	11	5	0	1	0	5	0	5	179	39	179	2	0	2
Nariño	7	2	7	15	29	15	2	2	2	2	1	2	238	808	238	13	5	8
Norte de Santander	1	3	1	6	11	6	0	0	0	0	0	0	62	119	62	10	8	7
Putumayo	0	1	0	2	3	2	1	0	4	0	0	0	13	6	13	2	3	1
Quindío	0	0	0	12	17	12	0	1	0	1	0	1	1	2	1	1	0	1
Risaralda	1	2	1	12	10	12	3	0	3	1	0	1	166	238	166	9	7	6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	3	4	3	1	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santander	4	2	4	5	8	5	2	1	2	0	0	0	4	1	4	13	12	8
Sucre	0	1	0	0	6	0	0	3	0	0	0	0	12	5	12	6	6	1
Tolima	4	0	4	4	7	4	3	3	3	2	0	2	0	0	0	5	3	4
Valle del Cauca	0	1	0	24	34	24	5	3	5	1	1	1	8	6	8	4	5	3
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	123	90	526	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80	157	80	1	0	1
Total nacional	100	58	100	406	570	406	65	60	81	79	33	79	3.805	6.329	3.805	214	189	122

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

	Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Morbilidad Materna Extrema			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	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			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
Amazonas	502	456	502	43	8	43	0	0	0	148	405	148	7	5	7	0	2	0
Antioquia	86502	74931	86502	4229	3028	4229	338	939	640	30616	34173	30616	257	245	257	44	61	44
Arauca	1388	1824	1388	112	80	112	3	2	8	565	714	565	14	11	14	4	7	4
Atlántico	10605	9965	10605	339	180	339	196	169	395	4407	4180	4407	89	78	89	10	20	10
Barranquilla D.E.	15298	14247	15298	929	404	929	101	208	210	6476	6082	6476	98	120	98	21	18	21
Bogotá D.C.	94168	120552	94168	4675	4580	4675	629	1338	1367	49599	64374	49599	486	359	486	67	59	67
Bolívar	10851	9819	10851	278	179	278	39	122	73	2775	2824	2775	71	66	71	12	17	12
Boyacá	7607	9631	7607	550	360	550	36	88	67	3512	4389	3512	70	43	70	10	9	10
Buenaventura D.E.	651	889	651	3	3	3	1	2	2	208	453	208	3	10	3	8	8	8
Caldas	7675	7959	7675	329	257	329	117	140	211	2019	2982	2019	39	42	39	8	9	8
Santiago de Cali D.E.	20075	23136	20075	539	655	539	61	90	104	10604	14666	10604	138	120	138	17	23	17
Caquetá	1789	2603	1789	131	122	131	2	9	6	1253	1757	1253	14	17	14	3	6	3
Cartagena de Indias D.T.	12362	15476	12362	932	347	932	132	196	276	3788	4152	3788	96	75	96	7	22	7
Casanare	1639	1949	1639	51	43	51	6	5	8	729	1040	729	32	25	32	4	8	4
Cauca	8770	9509	8770	315	192	315	54	76	84	2788	5048	2788	71	74	71	18	19	18
Cesar	7988	9496	7988	384	501	384	39	84	76	1827	3411	1827	91	60	91	13	20	13
Chocó	3917	1918	3917	64	138	64	4	4	9	1574	1041	1574	24	20	24	13	17	13
Córdoba	15677	12583	15677	550	397	550	115	211	249	3880	4384	3880	75	77	75	14	27	14
Cundinamarca	22944	23511	22944	933	809	933	95	280	196	11422	12677	11422	201	125	201	27	29	27
Guainía	132	150	132	13	20	13	0	0	0	146	113	146	3	2	3	1	2	1
Guaviare	410	489	410	39	25	39	4	11	4	336	301	336	1	2	1	0	1	0
Huila	4948	9193	4948	250	409	250	35	70	88	4136	4982	4136	93	60	93	15	15	15
La Guajira	16955	14761	16955	357	440	357	51	36	89	2879	3951	2879	106	93	106	13	35	13
Magdalena	10451	7305	10451	209	207	209	0	22	1	2877	3261	2877	59	49	59	10	10	10
Meta	7314	5510	7314	178	178	178	23	73	51	3675	4559	3675	59	25	59	12	11	12
Nariño	11739	13461	11739	724	458	724	6	34	12	3766	5871	3766	127	91	127	15	18	15
Norte de Santander	14070	13503	14070	877	790	877	86	110	156	5045	5589	5045	78	41	78	11	16	11
Putumayo	2615	2095	2615	87	95	87	7	6	9	1331	1117	1331	47	27	47	3	6	3
Quindío	4473	5785	4473	247	258	247	55	72	113	2679	3146	2679	16	8	16	6	5	6
Risaralda	9150	9333	9150	332	276	332	39	58	71	3329	4113	3329	47	43	47	8	9	8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	382	584	382	65	35	65	0	0	0	142	294	142	2	2	2	1	1	1
Santa Marta D.T.	4807	3529	4807	379	137	379	47	149	95	1589	1255	1589	48	33	48	4	8	4
Santander	18106	13192	18106	1282	976	1282	173	354	327	8677	7839	8677	80	52	80	16	17	16
Sucre	7788	6857	7788	682	448	682	94	199	187	1917	2474	1917	43	43	43	7	15	7
Tolima	10855	12508	10855	953	428	953	42	77	78	5283	5585	5283	56	66	56	10	12	10
Valle del Cauca	12200	11969	12200	322	240	322	93	90	148	5496	7070	5496	73	61	73	16	18	16
Vaupés	193	150	193	12	6	12	0	0	0	52	67	52	4	2	4	0	1	0
Vichada	119	247	119	0	2	0	0	0	0	105	130	105	4	4	4	3	3	3
Total nacional	467.115	481.075	467.115	22.394	17.711	22.394	2.723	5.324	5.410	191.650	230.469	191.650	2.822	2.275	2.822	451	583	451

41

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			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	1	1	1	44	54	44	2	1	1	67	42	67	142	154	175	21	17	21
Arauca	0	0	0	3	1	3	0	0	0	1	0	1	3	6	4	3	2	3
Atlántico	0	0	0	6	4	6	0	0	0	1	1	1	34	35	45	1	1	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	9	9	9	0	0	0	6	1	6	43	25	58	3	2	3
Bogotá D.C.	1	1	0	104	83	104	39	1	17	79	28	79	219	272	296	44	61	44
Bolívar	1	0	1	2	4	2	0	0	0	4	1	4	19	17	21	0	1	0
Boyacá	0	0	0	11	10	11	0	0	0	4	1	4	26	33	36	12	14	12
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	6	1	0	0	0	0	1	0	10	27	12	2	2	2
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	9	16	9	0	0	0	7	2	7	45	75	55	9	17	9
Cauquetá	0	0	0	3	3	3	0	0	0	0	1	0	9	10	9	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	2	4	2	0	0	0	18	1	18	15	29	23	0	0	0
Casanare	0	0	0	3	3	3	0	0	0	1	0	1	10	14	12	0	2	0
Cauca	0	0	0	2	7	2	0	0	0	4	1	4	8	18	10	24	21	24
Cesar	0	0	0	2	3	2	0	0	0	17	1	17	13	16	18	3	5	3
Chocó	0	0	0	1	0	1	0	0	0	10	4	10	2	2	4	2	0	2
Córdoba	0	1	0	7	8	7	0	0	0	1	0	1	28	54	40	7	0	7
Cundinamarca	0	1	0	24	26	24	14	0	7	13	8	13	106	117	143	8	11	8
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	0	0	0
Huila	2	0	0	7	14	7	2	0	0	1	3	1	16	32	24	3	6	3
La Guajira	0	0	0	2	3	2	0	0	0	10	1	10	3	16	8	1	1	1
Magdalena	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	15	9	18	0	0	0
Meta	2	0	1	1	4	1	2	0	0	9	1	9	20	25	26	4	2	4
Nariño	0	0	0	8	10	8	0	0	0	5	3	5	36	38	45	7	7	7
Norte de Santander	0	0	0	9	11	9	0	0	0	5	2	5	53	57	84	0	2	0
Putumayo	0	0	0	3	4	3	0	0	0	2	1	2	8	9	12	1	4	1
Quindío	0	0	0	3	3	3	0	0	0	3	0	3	13	18	15	4	2	4
Risaralda	0	0	0	3	4	3	0	0	0	34	1	34	21	31	28	4	1	4
Archiipiélago 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	1	2	13	6	19	0	0	0
Santander	1	0	0	7	4	7	0	0	0	12	6	12	41	42	61	4	7	4
Sucre	0	0	0	1	5	1	0	0	0	1	4	1	15	31	18	2	1	2
Tolima	2	0	1	3	6	3	2	0	0	1	2	1	27	52	42	4	2	4
Valle del Cauca	0	0	0	8	10	8	0	0	0	0	6	0	27	61	40	2	9	2
Vaupés	0	0	0	1	0	1	0	0	0	22	0	22	0	0	0	0	1	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	0	0	0
Total nacional	10	9	4	293	345	293	61	2	25	342	119	342	1.052	1.346	1.417	175	204	175

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, BD		Hepatitis C		Intento de Suicidio	
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 laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		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	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	4	2	0	0	1	1	0	0	5	5
Antioquia	0	0	0	1	135	212	0	6	19	26	13	50	345	322
Arauca	0	0	0	0	22	18	0	0	1	11	0	1	12	18
Atlántico	0	0	0	0	22	30	0	2	5	5	2	1	60	54
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	12	14	0	0	5	5	2	4	59	51
Bogotá D.C.	0	0	0	0	233	203	0	1	20	37	27	49	330	352
Bolívar	0	0	0	0	27	45	0	0	1	6	0	0	37	32
Boyacá	0	0	0	0	37	39	0	0	1	7	1	0	69	53
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	10	8	0	0	1	0	0	0	9	7
Caldas	0	0	0	0	10	13	0	0	3	7	1	1	88	52
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	33	44	1	0	9	6	10	12	120	109
Caquetá	0	0	0	0	13	14	0	0	1	1	0	0	17	9
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	24	42	0	0	2	3	0	0	37	43
Casanare	0	0	0	0	16	13	0	0	1	2	0	0	17	19
Cauca	0	0	0	0	20	13	0	0	4	6	1	2	62	59
Cesar	0	0	0	0	47	46	0	0	3	7	0	3	43	34
Chocó	0	0	0	0	62	50	0	0	2	7	1	0	12	9
Córdoba	0	0	0	0	45	32	0	0	4	3	0	0	68	64
Cundinamarca	0	0	0	0	89	81	0	0	6	23	2	1	128	154
Guainía	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	2	2
Guaviare	0	0	0	0	9	7	0	0	2	3	0	0	4	3
Huila	0	0	0	0	32	38	0	6	5	5	1	0	55	57
La Guajira	0	0	0	0	139	133	0	0	2	2	0	0	19	13
Magdalena	0	0	0	0	34	42	0	0	1	3	0	0	27	13
Meta	0	0	0	1	28	28	0	2	2	2	1	1	45	30
Nariño	0	0	0	0	41	56	0	0	5	4	0	1	92	92
Norte de Santander	0	0	0	0	47	39	0	0	9	24	2	1	70	83
Putumayo	0	0	0	0	14	24	0	0	3	4	0	0	25	18
Quindío	0	0	0	0	6	6	0	0	2	3	1	0	35	28
Risaralda	0	0	0	0	34	33	0	0	2	6	2	5	77	82
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3	2
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	7	10	0	0	1	2	1	1	15	18
Santander	0	0	0	0	35	33	0	0	6	11	2	1	94	90
Sucre	0	0	0	0	17	19	0	1	2	3	0	1	31	31
Tolima	0	0	0	0	29	31	0	5	4	5	2	2	75	70
Valle del Cauca	0	0	0	0	32	49	0	4	4	7	1	3	87	77
Vaupés	0	0	0	0	5	1	0	0	1	0	0	0	6	1
Vichada	0	0	0	0	21	4	0	0	0	1	0	0	2	0
Total nacional	2	0	0	2	1.396	1.475	1	27	140	248	73	140	2.278	2.156

43

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

	Leishmaniasis		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		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	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	104	13	10	4	2	2	1	0	2	1	1	1	11	8
Arauca	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atlántico	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Barranquilla D.E.	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Bogotá D.C.	0	0	1	2	2	1	0	0	3	1	0	0	12	24
Bolívar	40	12	2	2	1	0	0	1	1	0	0	1	2	1
Boyacá	19	10	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Buenaventura D.E.	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Caldas	24	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santiago de Cali D.E.	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Caquetá	26	1	4	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	9	1	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0
Casanare	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cauca	5	3	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1
Cesar	11	10	1	0	1	1	0	0	1	3	2	0	2	0
Chocó	31	9	1	0	1	1	4	1	3	1	4	2	1	0
Córdoba	18	4	2	0	1	0	0	1	1	1	0	0	3	1
Cundinamarca	19	2	2	3	1	1	0	0	1	1	0	0	6	2
Guainía	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	38	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	2	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0
La Guajira	4	0	1	0	2	1	3	2	2	2	4	1	2	0
Magdalena	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0
Meta	24	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	2	0
Nariño	24	2	1	2	1	0	0	0	2	0	0	0	3	1
Norte de Santander	22	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5
Putumayo	34	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Quindío	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Risaralda	9	6	3	5	1	0	2	1	1	1	0	0	2	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Santander	65	16	3	3	1	0	0	1	0	0	0	0	4	1
Sucre	14	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1
Tolima	25	6	12	18	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Valle del Cauca	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1
Vaupés	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Vichada	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total nacional	578	108	338	340	19	13	15	8	27	16	22	5	83	46

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.

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 04

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		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 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	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	1	1	0	0	5	6	0	0	1	1	35	30
Antioquia	12	10	90	130	0	0	286	376	9	8	163	208	1408	847
Arauca	5	0	15	13	0	0	13	10	0	0	6	7	89	78
Atlántico	3	1	25	26	0	0	36	49	1	1	25	27	157	135
Barranquilla D.E.	3	4	29	27	0	0	70	76	1	2	43	68	156	173
Bogotá D.C.	8	11	66	117	0	0	102	108	3	4	238	242	1604	1390
Bolívar	3	3	22	36	0	0	17	19	0	0	11	10	163	161
Boyacá	2	1	6	7	0	0	14	17	0	1	10	14	276	233
Buenaventura D.E.	2	1	10	14	0	0	12	11	0	0	8	8	24	14
Caldas	2	3	10	12	0	0	23	28	0	1	16	25	202	167
Santiago de Cali D.E.	1	5	31	58	0	0	103	121	4	3	74	73	453	362
Caquetá	1	2	7	11	0	0	18	30	1	1	3	3	71	66
Cartagena de Indias D.T.	5	7	24	44	0	0	35	35	0	0	28	43	93	112
Casanare	2	0	11	7	0	0	8	22	0	0	8	15	42	62
Cauca	1	1	12	19	0	0	18	29	1	2	15	28	209	194
Cesar	2	3	22	17	0	0	37	42	0	1	22	36	146	127
Chocó	4	1	17	13	0	0	15	20	0	0	4	10	30	34
Córdoba	2	2	19	20	0	0	19	32	1	0	33	52	230	213
Cundinamarca	3	1	24	33	0	0	38	57	1	3	53	66	764	797
Guainía	1	0	1	2	0	0	2	3	0	0	0	0	11	15
Guaviare	1	0	2	1	0	0	3	1	0	0	2	3	21	16
Huila	1	1	11	14	0	0	31	37	0	0	22	26	436	330
La Guajira	6	1	25	13	0	0	38	56	1	1	17	28	81	69
Magdalena	3	1	14	18	0	0	12	15	0	0	11	23	98	73
Meta	4	4	17	19	0	0	53	52	2	1	16	27	156	145
Nariño	1	1	16	24	0	0	13	19	0	0	18	31	264	269
Norte de Santander	7	1	34	39	0	0	55	72	1	0	37	41	245	248
Putumayo	1	0	7	3	0	0	8	6	0	0	3	3	86	94
Quindío	1	2	9	13	0	0	16	23	0	1	20	17	153	130
Risaralda	3	1	14	9	0	0	47	55	2	0	24	45	248	227
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	12	9
Santa Marta D.T.	2	0	10	18	0	0	19	31	0	0	16	10	39	29
Santander	6	1	28	38	0	0	79	91	2	2	42	53	406	396
Sucre	1	2	16	18	0	0	7	9	0	0	13	17	131	111
Tolima	3	4	10	21	0	0	45	43	1	2	24	45	185	169
Valle del Cauca	2	7	23	39	0	0	59	79	1	2	39	60	438	433
Vaupés	1	0	0	3	0	0	2	1	0	0	0	0	16	23
Vichada	1	0	3	3	0	0	3	0	0	0	0	2	16	10
Total nacional	109	82	726	901	1	0	1.360	1.681	35	36	1.066	1.367	9.197	7.991

45



Semana epidemiológica 04

25 al 31 de enero del 2026

TEMA CENTRAL

Enfermedades transmitidas por alimentos

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Lina Yessenia Lozano Lesmes

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

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Lyda María Montaña Durán. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, María Teresa Zabala Luna, 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.

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.04>