

Infecciones asociadas a dispositivos en Colombia

La vigilancia de las infecciones asociadas a dispositivos es un componente esencial para la gestión del riesgo; orienta la toma de decisiones y fortalece la respuesta en salud pública en los niveles nacional, territorial y local

Semana
epidemiológica

01 al 07 de febrero del 2026

05

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	34
	Tablas de mando por departamento	38



TEMA CENTRAL

Vigilancia epidemiológica de las Infecciones asociadas a dispositivos en Colombia

Sandra Milena Rivera Vargas, srivera@ins.gov.co

La vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) constituye un eje estratégico para la seguridad del paciente y es un indicador de calidad de la atención en los servicios de salud.

Las IAAS han sido definidas como eventos trazadores debido a la elevada carga de enfermedad que generan, reflejada en el incremento de la morbilidad, la mortalidad, la estancia hospitalaria y los costos asociados a la atención. En el contexto de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), se estima que entre el 10 % y el 30 % de los pacientes presentan riesgo de desarrollar una IAAS, lo que resalta la relevancia de su vigilancia continua y del fortalecimiento de las medidas de control de infecciones (1).

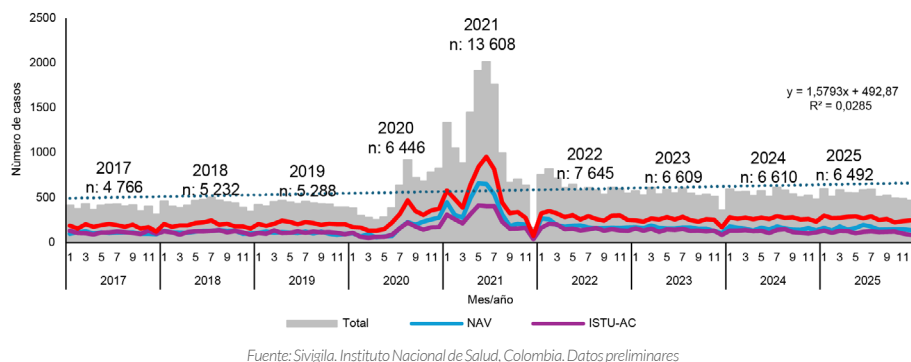
Las infecciones asociadas a dispositivos (IAD) corresponden a un subgrupo de las IAAS y se definen como aquellas infecciones que no se encontraban presentes ni en periodo de incubación al momento del ingreso a la UCI, y que se desarrollan en pacientes portadores de dispositivos invasivos con una permanencia superior a dos días calendario. Las IAD vigiladas incluyen la neumonía asociada al ventilador (NAV), la infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) y la infección sintomática del tracto urinario asociada a catéter urinario (ISTU-AC), las cuales representan una proporción significativa de las IAAS en este servicio (2).

En el marco del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), las IAD son consideradas eventos de interés en salud pública y deben ser objeto de vigilancia obligatoria por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD). La vigilancia se realiza de manera activa y sistemática, a través del reporte de casos confirmados y la recolección del tiempo de exposición a dispositivos durante la estancia en las UCI.

Durante el periodo 2017-2025 (datos preliminares), se notificaron al Sivigila 62 636 casos de IAD en las UCI de todo el país. El análisis temporal evidenció un comportamiento global relativamente estable, con variaciones moderadas. Se identificó un incremento marcado en 2020 y 2021, coincidente con la emergencia sanitaria por COVID-19, período en el cual se alcanzó el mayor número de casos notificados (13 608 en 2021). A partir de 2022, la notificación mostró un proceso de estabilización, con cifras cercanas a las observadas en el período pre-pandémico.

En 2025 (datos preliminares) se notificaron 6 492 casos, lo que representó una disminución del 1,8 % frente a 2024. La tendencia lineal mostró una pendiente baja ($R^2 = 0,0285$), lo que sugiere ausencia de cambios significativos en el comportamiento nacional de las IAD (figura 1).

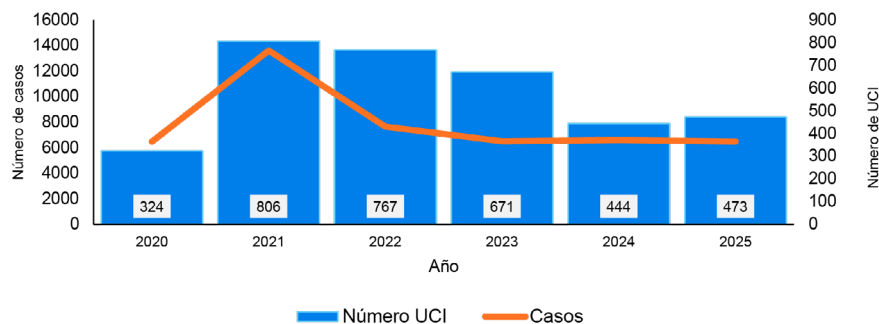
Figura 1. Comportamiento de la notificación de los casos de infecciones asociadas a dispositivos, Colombia, 2017-2025



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia. Datos preliminares

Entre 2020 y 2025, el comportamiento de las IAD en Colombia estuvo estrechamente ligado a la dinámica de la prestación de servicios de UCI, particularmente durante la emergencia sanitaria por COVID-19. En este periodo se observó una expansión marcada del número de UCI vigiladas, con un pico en 2021, seguida de una reducción progresiva en la etapa pospandémica; así mismo la notificación de casos de IAD mostró una disminución más gradual y tendió a estabilizarse a partir de 2022 (figura 2).

Figura 2. Tendencia en la distribución del número de UCI y casos de IAD en Colombia, 2020-2025



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia Datos preliminares
UCI: unidad de cuidados intensivos, IAD: infecciones asociadas a dispositivos

Se evidenció una distribución heterogénea de las UCI vigiladas entre regiones. Al realizar el análisis por región, el número de hospitales con UCI aumentó 6,3 % en el 2025 (473) comparado con 2024 (444). Persisten diferencias regionales en la notificación de los casos, con disminución de casos en la región Andina (2024: 3 682 casos; 2025: 3 414 casos) y aumento en regiones como la Orinoquía (2024: 124 casos; 2025: 162 casos).

En el análisis de tendencias de la tasa de incidencia en UCI adultos se observó un comportamiento descendente en ITS-AC y NAV, con reducción estadísticamente significativa de la ISTU-AC. En UCI pediátricas y neonatales, las incidencias mostraron fluctuaciones anuales sin tendencias estadísticamente significativas, aunque con leves incrementos posteriores a 2022, situación de resalta la necesidad de ampliar el análisis del comportamiento en estos servicios (tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de las infecciones asociadas a dispositivo, Colombia, 2017 a 2025

Tipo de infección	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p*	Ecuación regresión	Valor p	Tendencia 2017-2025p
Unidad de cuidado intensivo adulto												
ITS-AC	2,1	2,1	2,1	2,9	3,7	2,1	1,9	2,0	2,0	$y = 2,992 - 0,086 \cdot \text{Año}$	0,160	
ISTU-AC	1,8	1,5	1,5	1,6	2,0	1,4	1,2	1,1	1,0	$y = 2,718 - 0,168 \cdot \text{Año}$	0,001	
NAV	2,3	2,2	2,0	2,4	3,5	2,8	2,7	2,5	2,5	$y = 3,256 - 0,078 \cdot \text{Año}$	0,248	
Unidad de cuidado intensivo pediátrica												
ITS-AC	4,7	2,9	3,6	2,9	3,2	3,0	3,6	3,6	3,5	$y = 3,677 - 0,033 \cdot \text{Año}$	0,534	
ISTU-AC	1,7	2,3	1,8	1,3	1,8	2,3	2,2	2,6	2,6	$y = 1,919 + 0,034 \cdot \text{Año}$	0,420	
NAV	1,9	1,5	1,2	1,4	1,0	1,5	1,5	1,5	1,5	$y = 1,555 - 0,019 \cdot \text{Año}$	0,395	
Unidad de cuidado intensivo neonatal												
ITS-AC	1,7	2,6	2,9	2,1	2,4	2,7	2,5	2,8	2,5	$y = 2,981 - 0,055 \cdot \text{Año}$	0,311	
NAV	0,8	1,1	1,1	0,9	1,2	1,4	1,2	1,6	1,5	$y = 1,226 + 0,009 \cdot \text{Año}$	0,767	

ITS-AC: Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter
ISTU-AC: Infección sintomática del tracto urinario asociada a catéter
NAV: Neumonía asociada a ventilador

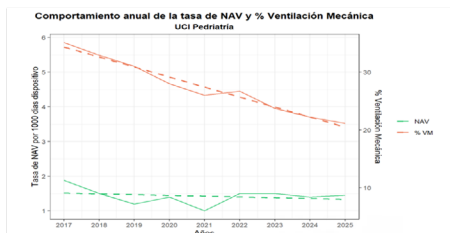
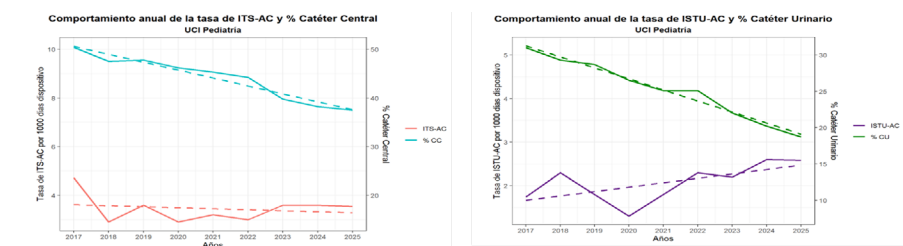
Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia. Datos preliminares

P: preliminar

La literatura describe una relación directamente proporcional entre el uso de dispositivos invasivos y la tasa de IAD (3); sin embargo, en el análisis de las UCI pediátricas en Colombia se observó que, entre 2017 y 2025, a pesar de una disminución significativa en el uso de los tres dispositivos vigilados ($p < 0,001$), no se evidenció una reducción proporcional en las tasas de incidencia de las infecciones asociadas a dispositivos.

En este período, la correlación entre el porcentaje de uso del catéter central y la incidencia de la ITS-AC fue débil (coeficiente=0,145), al igual que la observada entre el uso del ventilador mecánico y la incidencia de NAV con un coeficiente de 0,634; mientras que, para las ISTU-AC se evidenció una correlación inversa y negativa (coeficiente = -0,365). Estos hallazgos sugieren que la reducción del uso de dispositivos, de manera aislada, no impacta directamente en la disminución de las IAD, destacando la influencia de otros factores (figura 3).

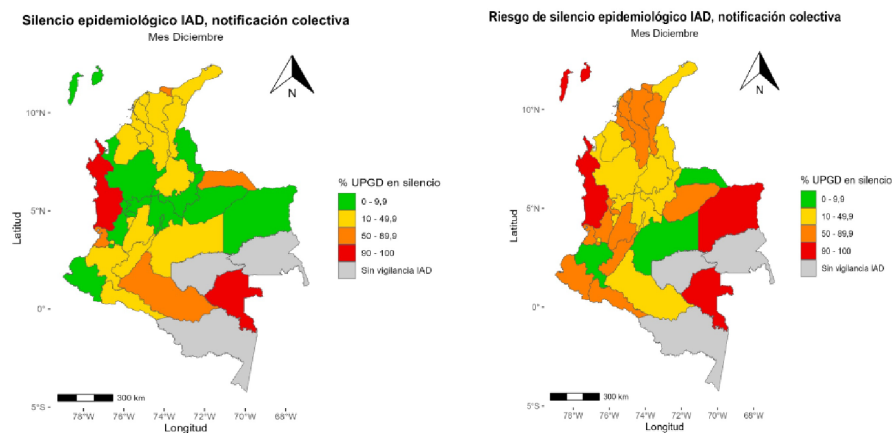
Figura 3. Tendencia y correlación de la incidencia de IAD y porcentajes de uso de dispositivo en UCI pediátrica, Colombia, 2017 a 2025



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia
UCI: unidad de cuidados intensivos, IAD: infecciones asociadas a dispositivos

El análisis de los indicadores de proceso de la vigilancia de las IAD mostró que el 19,5 % de las UCI presentaron silencio epidemiológico (ausencia del reporte colectivo) y el 40,5 % riesgo de silencio (ausencia del reporte de casos de IAD) superando la meta nacional (<10 %) (figura 4).

Figura 4. Silencio y riesgos de silencio epidemiológico por entidad territorial, Colombia, 2025



Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia. Datos preliminares

Dentro de las actividades en la gestión del dato a partir del cuarto trimestre de 2025 el nivel nacional generó alertas o señales relacionadas con comportamientos inusuales identificados a través de los datos. A partir de la semana epidemiológica 29 se logró generar 45 alertas tempranas, de estas se configuraron 9 brotes y 17 alertas aún están en estudio y caracterización por parte de la entidad territorial con respuesta pendiente en varias entidades territoriales.

Conclusiones

1. El análisis del comportamiento de las IAD en Colombia durante el periodo 2017-2025 (datos preliminares) evidenció un patrón globalmente estable, con un incremento marcado durante la emergencia sanitaria por COVID-19 (2020-2021) y una posterior estabilización a partir de 2022. A pesar de la variación negativa observada entre 2024 y 2025, no se identificaron cambios significativos en la tendencia nacional.
2. Si bien el país experimentó un incremento en la capacidad instalada de UCI, especialmente durante la pandemia, este aumento no se tradujo de manera homogénea en la reducción de la incidencia de las IAD, evidenciándose importantes brechas regionales y territoriales. La región Andina, a pesar de concentrar la mayor proporción de UCI, mostró una disminución en el número

de casos, mientras que otras regiones registraron incrementos relevantes, reflejando desigualdades en la capacidad de vigilancia, infraestructura y adherencia a las estrategias de prevención.

3. En las UCI de adultos se observó una tendencia descendente en la incidencia de ITS-AC y NAV, con una reducción estadísticamente significativa de la ISTU-AC, lo que sugiere un mayor impacto de las estrategias de prevención en este grupo. En contraste, en las UCI pediátricas y neonatales las incidencias presentaron fluctuaciones anuales sin tendencias significativas, con leves incrementos posteriores a la pandemia.
4. El análisis del uso de dispositivos en UCI pediátrica mostró una disminución significativa en el porcentaje de uso de ventilador mecánico, catéter central y catéter urinario; no obstante, esta reducción no se acompañó de una disminución proporcional en las tasas de incidencia, con correlaciones débiles o inversas entre el uso del dispositivo y la ocurrencia de IAD. Estos hallazgos indican que la reducción del uso de dispositivos, de manera aislada, no es suficiente para impactar de forma sustancial la incidencia, resaltando la importancia de factores asociados a la calidad del cuidado y la adherencia a los paquetes de medidas.
5. Persiste un alto porcentaje de silencio epidemiológico y riesgo de silencio en las UCI vigiladas, lo que limita la capacidad de detección oportuna de brotes y comportamientos inusuales.

Recomendaciones

Nivel nacional: Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social

- Fortalecer los procesos de retroalimentación técnica y capacitación a las entidades territoriales, orientados a la mejora continua de la vigilancia y la prevención de las IAD.
- Desarrollar planes de intervención específicos que apoyen a la disminución de las tasas de incidencia de las IAAS, especialmente en pediatría priorizando las entidades territoriales con las mayores tasas reportadas en el 2025.

Entidades territoriales

- Fortalecer el seguimiento técnico a las UPGD en relación con la oportunidad, completitud y calidad de la notificación individual y colectiva de las IAD.
- Supervisar de manera prioritaria las UCI con riesgo de silencio epidemiológico, garantizando la ejecución de la búsqueda activa institucional y la verificación de la ausencia real de casos.

Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD)

- Garantizar la notificación oportuna de los casos confirmados y el reporte colectivo, asegurando la calidad de los registros en las variables de interés.
- Realizar búsqueda activa institucional y por laboratorio ante la ausencia de casos notificados, con el fin de reducir el subregistro.
- Analizar periódicamente los indicadores de IAD desagregados por tipo de UCI y tipo de infección, con el fin de identificar cambios inusuales y oportunidades de mejora en la gestión local.

Referencias

1. World Health Organization. Surveillance of health care-associated infections at national and facility levels. Geneva: WHO; 2024. [(accessed on 25 April 2025)]. Available online: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379248/9789240101456-eng.pdf?sequence=1>
2. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Infecciones Asociadas a Dispositivos. Versión 7. [Internet] 2024. <https://doi.org/10.33610/IADI3573>
3. Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Hospital Association (AHA), Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC), The Joint Commission. Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals. SHEA; [actualizado 2022; citado 2026 Feb 9]. Disponible en: <https://shea-online.org/compendium-of-strategies-to-prevent-healthcare-associated-infections-in-acute-care-hospitals/>



SITUACIÓN NACIONAL

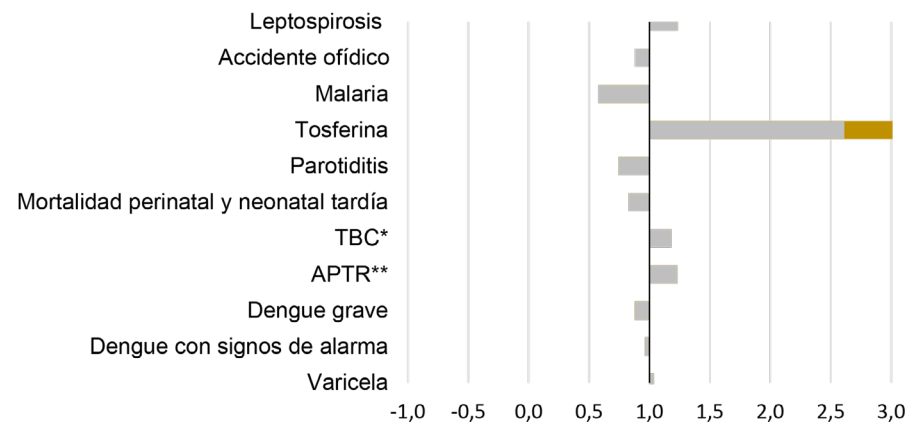
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 05 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 5).

Figura 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 05 del 2026



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

*TBC: Tuberculosis

**APTR: Agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró por debajo de lo esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 05 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	15 306	16 115	-3,23	0,00

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

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

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

En la semana epidemiológica 05 del 2026, los eventos de zika y mortalidad por dengue se encuentran por encima de lo esperado, mientras que los eventos leishmaniasis cutánea y mucosa se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 05 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	6	1	0,00
Mortalidad por dengue	12	6	0,01
Leishmaniasis cutánea	24	154	0,00
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,00
Lepra	5	6	0,18
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	2	0,27
Chikunguña	1	0	0,37

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

Cumplimiento en la notificación

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

- Identificar departamentos, municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos (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.

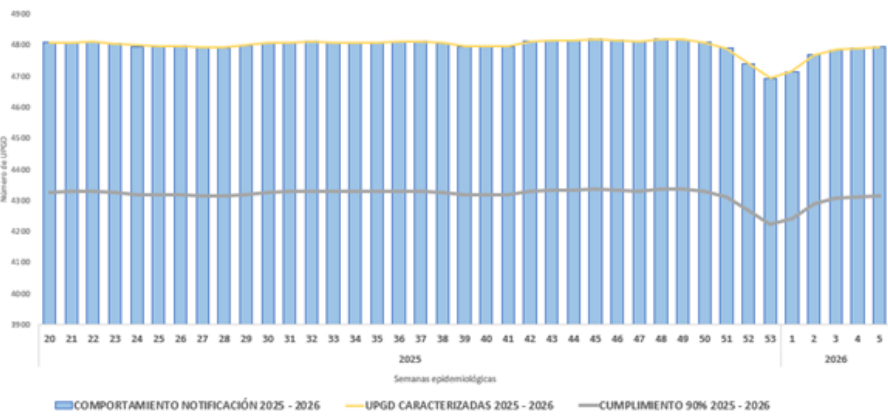
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 05 del año 2025. Para esta semana 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 05 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 % (4 793 / 4 793); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y presentando un incremento del 0,26 % con relación a la semana epidemiológica 05 de 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 4789 UPGD para la semana analizada (figura 6).

Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 05 del 2026



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

Para el análisis de los datos se establecieron los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica analizada. Para esto, se comparó el número de casos observados acumulados en cada clase de mortalidad (infección respiratoria aguda, por desnutrición aguda y enfermedad diarreica aguda) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 2019 y 2025; se excluyeron los años 2020 y 2021 por pandemia COVID-19. Con la prueba de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y lo esperado con un valor de $p < 0,05$, que identifica las entidades territoriales que presentaron aumentos o disminuciones estadísticamente significativas.

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE. Para el 2026 y 2025 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

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

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

A semana epidemiológica 05 del 2026, se han notificado 40 muertes probables en menores de cinco años: 21 por infección respiratoria aguda (IRA), seis (6) por desnutrición (DNT) aguda y 13 por enfermedad diarreica aguda (EDA). Todos los casos son población residente en Colombia y se encuentran en estudio.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 05 del 2026 se han notificado 21 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, las cuales se encuentran en estudio. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 05 fue de 28, para una tasa de mortalidad de 0,8 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 05 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 05 de 2026 se ha notificado seis (6) 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 05 fue de 17, para una tasa de mortalidad de 0,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 05 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 05 de 2026 se han notificado 13 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 05 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 05 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales ni a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

Para el análisis del comportamiento inusual, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 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 05 de 2026 se notificaron al Sivigila tres (3) casos: una (1) muerte materna temprana y dos (2) muertes maternas coincidentes. El país acumula 15 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 14 residen en territorio colombiano y una reside en el exterior, por lo que no se incluye en el análisis (tabla 4).

Tabla 4. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 05, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	25	19	5	49
2024	25	19	6	50
2025p	16	9	6	31
2026p	14	8	7	29

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 13 entidades territoriales; Antioquia presentó el mayor número de casos. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observó diferencia estadísticamente significativa a nivel nacional; mientras que, las entidades territoriales no presentaron diferencias estadísticamente significativas (tabla 5).

Al realizar análisis desagregado por nivel municipal, se presentó un (1) caso de muerte materna temprana en Nechí (Antioquia), Caucasia (Antioquia), Florencia (Cauquetá), Padilla (Cauca), Valledupar (Cesar), Medio San Juan (Chocó), Subachoque (Cundinamarca), Tarqui (Huila), Caimito (Sucre) y Candelaria (Valle del Cauca); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 6).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 05 de 2026, el 64,3 % corresponde a causas directas y el 28,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 35,7 % (tabla 7).

Tabla 5. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 05	Acumulado de casos a SE 05	
		2025	2026
Colombia	24	16	14
Antioquia	2	1	2
Bogotá, D.C.	3	2	1
Caquetá	1	0	1
Cauca	1	0	1
Cesar	1	2	1
Chocó	1	1	1
Cundinamarca	1	2	1
Huila	1	0	1
La Guajira	2	1	1
Quindío	0	0	1
Santa Marta	1	0	1
Sucre	0	0	1
Valle del Cauca	0	0	1
Atlántico	1	0	0
Barranquilla	1	1	0
Bolívar	1	0	0
Santiago de Cali	1	1	0
Córdoba	1	0	0
Meta	1	0	0
Nariño	2	1	0
Norte de Santander	1	0	0
Risaralda	1	2	0
Santander	1	1	0
Tolima	1	0	0
Vichada	1	1	0

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

Tabla 6. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 05 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 05	Valor observado SE 05
Colombia	24	14
Nechí (Antioquia)	0	1*
Caucasia (Antioquia)	0	1*
Florencia (Caquetá)	0	1*
Padilla (Cauca)	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 7. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 05 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 05	Número de casos y proporción a SE 05 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	21	25	100	16	100	14	100
DIRECTA	13	14	56,0	12	75,0	9	64,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	5	5	20,0	5	31,3	5	35,7
Hemorragia obstétrica	4	6	24,0	2	12,5	2	14,3
Sepsis obstétrica	1	1	4,0	1	6,3	1	7,1
Evento tromboembólico como causa básica	2	1	4,0	2	12,5	1	7,1
Embarazo ectópico	1	1	4,0	1	6,3	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	0	0,0	1	6,3	0	0,0
INDIRECTA	8	11	44,0	4	25,0	4	28,6
Otras causas indirectas	3	4	16,0	2	12,5	2	14,3
Otras causas indirectas: neumonía	1	1	4,0	1	6,3	1	7,1
Otras causas indirectas: cáncer	1	2	8,0	0	0,0	1	7,1
Sepsis no obstétrica	2	3	12,0	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	1	6,3	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	4,0	0	0,0	0	0,0
En estudio	0	0	0,0	0	0,0	1	7,1

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia ($n \leq 30$ acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson, y para los departamentos y distritos con alta frecuencia ($n > 30$ acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2021 y 2025 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal².

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

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

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

A semana epidemiológica 05 del 2026 se han notificado 589 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 588 corresponden a residentes en Colombia y 1 residente en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D. C., Antioquia, Cundinamarca, Barranquilla y Cali. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 05 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Cali, Córdoba, La Guajira, Atlántico, Valle del Cauca, Bolívar, Norte de Santander, Cartagena de Indias y Sucre (tabla 8).

En el análisis desagregado por municipios se evidenciaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes: Girardot (Cundinamarca), Guarne (Antioquia), Tunja (Boyacá), La Jagua de Ibirico (Cesar), Isnos (Huila), San Juan de Urabá (Antioquia), Jambaló (Cauca), Puebloviejo (Magdalena) y Pradera (Valle del Cauca) (tabla 9).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 43,5 %, seguido de neonatales tempranas con 25,9 %, neonatales tardías con 18,0 %, y las fetales intraparto con 12,6 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 21,3 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 15,8 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,6 % (tabla 10). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 05 del 2026 (datos preliminares) 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 8. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 05 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 05	Acumulado de casos a SE 05	
		2025	2026
Colombia	733	511	588
Bogotá, D.C.	75	65	89
Antioquia	77	61	57
Cundinamarca	38	33	33
Barranquilla	25	12	28
Santiago de Cali	31	23	23
Huila	19	8	21
Cauca	23	14	20
Cesar	24	18	20
Córdoba	36	22	20
Santander	22	13	20
La Guajira	41	22	18
Nariño	21	18	17
Atlántico	25	18	16
Meta	15	16	16
Valle del Cauca	22	15	16
Bolívar	22	14	15
Chocó	20	11	15
Norte de Santander	21	12	15
Tolima	15	10	14
Boyacá	12	7	12
Magdalena	14	14	11
Caldas	12	11	10
Cartagena de Indias	24	19	10
Sucre	20	10	10
Quindío	7	4	9
Risaralda	11	6	9
Buenaventura	10	8	8
Caquetá	7	3	8
Arauca	8	2	6
Casanare	10	5	6
Santa Marta	9	3	6
Putumayo	7	3	4
Vichada	4	4	3
Guainía	2	0	2
San Andrés y Providencia	1	3	1
Amazonas	2	1	0
Guaviare	1	2	0
Vaupés	1	1	0

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

Tabla 9. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 05 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 05 2021 - 2025	Valor observado a SE 05 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	733	588	-
Girardot (Cundinamarca)	1	4	4
Guarne (Antioquia)	0	3	1
Tunja (Boyacá)	1	3	2
La Jagua de Ibirico (Cesar)	1	3	1
Isnos (Huila)	0	3	1
San Juan de Urabá (Antioquia)	0	2	1
Jambaló (Cauca)	0	2	1
Puebloviejo (Magdalena)	0	2	2
Pradera (Valle del Cauca)	0	2	2

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

Tabla 10. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 05, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a Semana Epidemiológica 05, 2024 -2026					
	2024 a SE 05	(%)	2025 a SE 05	(%)	2026 a SE 05	(%)
Colombia	617	100,0	511	100,0	588	100,0
Asfixia y causas relacionadas	159	25,8	142	27,8	125	21,3
Prematuridad-inmadurez	97	15,7	93	18,2	93	15,8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	89	14,4	71	13,9	80	13,6
Sin información	0	0,0	19	3,7	70	11,9
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	85	13,8	47	9,2	47	8,0
Malformación congénita	53	8,6	41	8,0	46	7,8
Infecciones	51	8,3	44	8,6	40	6,8
Causas no específicas	18	2,9	14	2,7	35	6,0
Otras causas de muerte	39	6,3	26	5,1	32	5,4
Trastornos cardiovasculares	20	3,2	7	1,4	16	2,7
Lesión de causa externa	4	0,6	4	0,8	4	0,7
Convulsiones y trastornos neurológicos	2	0,3	3	0,6	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 05 de 2026, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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

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

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

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

En el último periodo epidemiológico, a nivel nacional, se registró una variación porcentual negativa en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa, urgencias, hospitalizaciones en sala general y en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior; la cual no es estadísticamente significativa (-30%) (tabla 11).

Tabla 11. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio, Colombia, semanas epidemiológicas 51 a 53 de 2025 y 01 a 05 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 51 a SE 53 2025	SE 02 a 05 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	458 666	450 580	● -1,76%	↘
Hospitalización en sala general	22 667	21 500	● -5,15%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	3 037	2 627	● -13,50%	↘

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 05 del 2026 se notificaron 109 627 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, Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Caquetá, Guainía, 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 05 del 2026) en 17 municipios (tabla 12).

Tabla 12. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica 01 a 05 del 2026

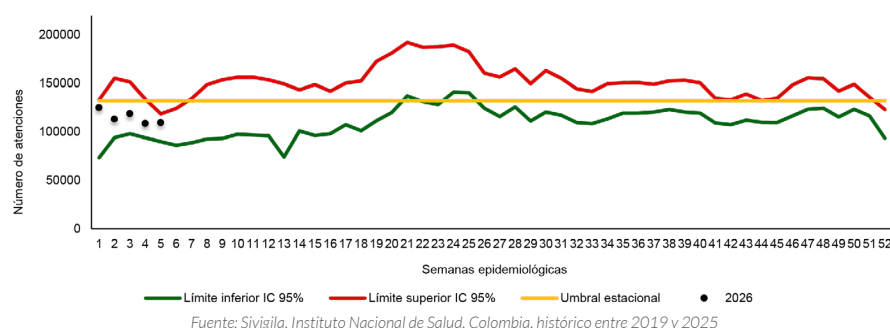
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	7 885	8 252	5 605	6 626
Antioquia	Bello	6 296	7 966	4 981	6 265
Atlántico	Soledad	7 113	7 093	5 428	5 720
La Guajira	Maicao	4 946	5 184	3 027	4 335
Cundinamarca	Soacha	4 926	5 292	3 940	4 118
Antioquia	Rionegro	3 495	4 493	2 234	3 566
La Guajira	Uribia	3 925	4 007	2 478	3 355
Cundinamarca	Chia	4 614	4 150	3 215	3 296
Antioquia	Envigado	2 406	3 863	1 855	2 929
Santander	Barrancabermeja	2 940	2 813	1 165	2 345
Risaralda	Dosquebradas	3 145	2 818	1 638	2 309
Córdoba	Sahagún	2 101	2 419	1 567	2 058
Santander	Floridablanca	2 268	2 343	1 318	1 864
Valle del Cauca	Palмира	3 122	2 385	1 818	1 771
Bolívar	Magangué	1 321	2 012	1 040	1 571
Antioquia	Apartado	1 260	1 946	1 080	1 512
Córdoba	Cerete	1 605	1 801	521	1 425
Valle del Cauca	Cartago	1 862	1 718	1 224	1 295
Cundinamarca	Zipaquirá	1 647	1 680	1 311	1 278
Magdalena	Ciénaga	2 124	1 812	1 332	1 264
Antioquia	Turbo	1 198	1 567	789	1 243
Boyacá	Sogamoso	1 363	1 573	1 049	1 217
Boyacá	Duitama	1 712	1 601	1 824	1 215
Norte de Santander	Ocaña	1 462	1 404	954	1 123
Cundinamarca	Girardot	1 725	1 453	1 259	1 110
Córdoba	Lorica	1 343	1 334	967	1 039
Valle del Cauca	Yumbo	1 631	1 202	967	860
Cesar	Aguachica	811	1 041	894	851
Cundinamarca	Facatativá	1 351	1 004	1 431	807
Cundinamarca	Funza	1 451	940	811	754
Valle del Cauca	Tuluá	1 840	988	895	709
Cundinamarca	Madrid	968	879	926	696
Valle del Cauca	Buenaventura	600	783	697	687
Casanare	Yopal	870	822	767	645
Santander	Piedecuesta	771	769	366	609
Cauca	Santander De Quilichao	969	731	787	602
Huila	Pitalito	893	719	856	571
Atlántico	Malambo	424	681	374	535
Norte de Santander	Villa Del Rosario	662	633	721	513
Santander	Giron	538	540	280	477
Cauca	Guapi	467	450	170	346
Cundinamarca	Mosquera	362	469	336	342
Nariño	La Florida	95	96	34	78

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 05 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 27,7 % (122 558) de las consultas, seguido por el grupo mayor de 60 años con el 19,7 % (87 453). 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 8,9 % y los menores de un año con el 7,5 %.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA, durante las semanas epidemiológicas 01 a 05 se ubicaron por debajo del umbral estacional (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2026



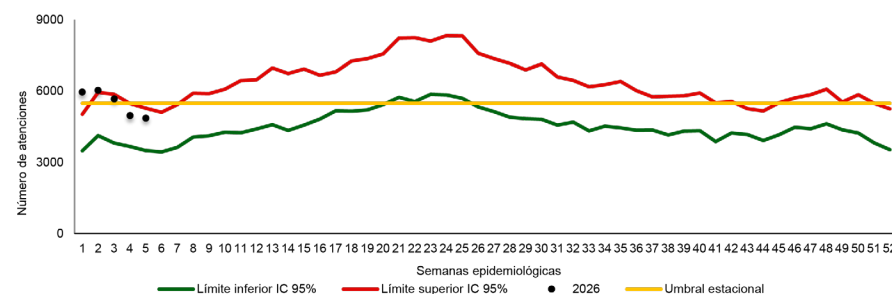
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 05 del 2026 se notificaron 4 862 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cesar, Chocó, Guainía, Huila y La Guajira e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolivar, Cartagena de Indias, Cauca, Guaviare, Nariño, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés. En las 17 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 05 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (8 068) representaron el 37,5 %, seguido del grupo de 40 a 59 años con el 12,7 % (2 731). 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 22,7 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 16,9 %.

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 a 05 de 2026, situándose debajo del umbral estacional (figura 8).

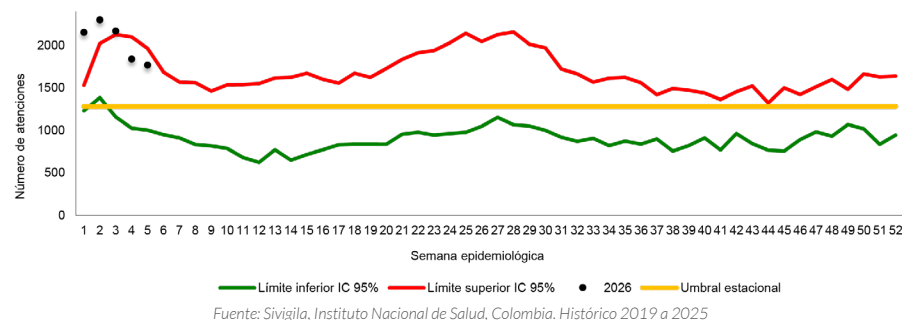
Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2026



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

En la semana epidemiológica 05 del 2026, se notificaron 1 767 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 y 05 se evidenció una disminución, situándose dentro de los límites esperados (figura 9).

Figura 9. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 05 de 2026



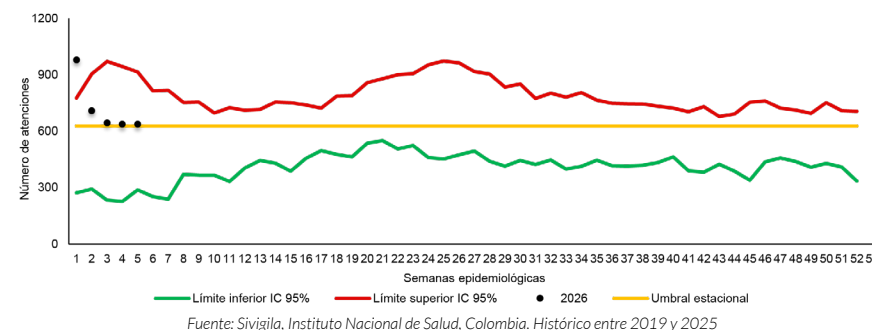
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 05 del 2026 se notificaron 637 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Cartagena de Indias, Chocó, La Guajira, Norte de Santander, Quindío, Santa Marta y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Antioquia, Bolivar, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena, Meta y Nariño. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 05 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 42,4 % (1 114), seguido de los menores de un año con el 17,9 % (471) 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 17,9 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 14,7 %.

En el canal endémico de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2026 se ha ubicado por encima del umbral estacional (figura 4).

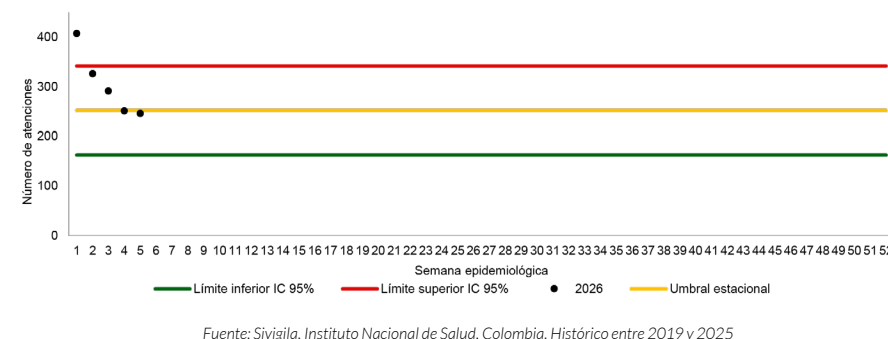
Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2026



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

En la semana epidemiológica 05 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 correspondientes a las semanas epidemiológicas 04 y 05 de 2026 se situaron por encima del umbral estacional; no obstante, muestran un descenso frente a las semanas 01 a 03 de 2026 (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 05 de 2026



Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias, 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 la semana epidemiológica 05 de 2026, se encontraron dentro de los límites esperados.

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 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 05 de 2026, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un decremento general de la positividad y aumento para influenza A, los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 13). 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° 371. Bogotá D.C.: IDEAM; 2026. Enero.

Tabla 13. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 51 de 2025 a 05 de 2026

Agente viral identificado	SE 51 DE 2025 a SE 01 de 2026			SE 02 a 05 del 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	60 años	
Positividad general	62,5	69,3	51,6	61,0	62,4	67,6	
Rinovirus	13,2	15,5	4,7	14,9	16,4	13,0	
VSR	16,4	24,8	4,7	13,7	23,4	2,2	
Enterovirus	4,4	4,0	4,7	5,0	2,3	8,7	
Adenovirus	5,7	8,0	1,6	4,1	6,3	-	
Influenza B	0,5	0,4	-	-	-	-	
Influenza A	15,8	9,7	28,1	23,2	14,1	28,3	
Parainfluenza	11,7	15,0	4,7	8,7	10,2	8,7	
Metapneumovirus	5,7	6,2	6,3	7,5	8,6	8,7	
A(H1N1)pdm09	15,1	7,1	32,8	12,4	9,4	19,6	
SARS-CoV2	2,6	2,7	1,6	1,7	1,6	4,3	
A(H3N2)	7,0	4,9	6,3	5,8	3,1	6,5	
Coronavirus	1,8	1,8	4,7	2,9	4,7	-	

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

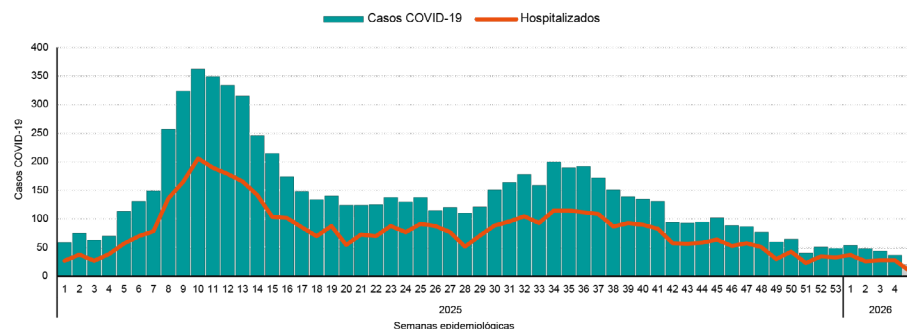
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 05 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 05), con corte al 07 de febrero (SE 05) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 202 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (02 a 05 de 2026), se observó una disminución del 23,71 %, con 148 casos registrados en comparación con el periodo anterior (SE 51 a 53 de 2025 y 01 de 2026), en el cual se reportaron 194 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 28,91 % pasando de 128 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 91 casos en el periodo analizado (figura 12).

Figura 12. Comportamiento temporal de los casos de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01-53 de 2025 y 01-05 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, SE 01-53 de 2025 y 01-05 de 2026

*SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (SE 01 a 05 de 2026), se registró una incidencia de 0,28 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 22 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 63 municipios.

En comparación con el periodo anterior (SE 51 a 53 de 2025 y 01 de 2026), se evidencia un aumento en la notificación de COVID-19 a nivel departamental en: Antioquia y Risaralda, a nivel municipal en Pereira (Risaralda).

Entre el periodo anterior (SE 51 a 53 de 2025 y 01 de 2026) y actual (SE 02 a 05 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 20 a 29 años (-64,29 %), seguido de los menores de 1 año (-61,11 %) y 80 a 89 años (-60,00 %). En contraste, se registró un aumento en el grupo de 5 a 9 años, 10 a 19 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años y 2 a 4 años (tabla 14).

Tabla 14. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas, SE 51 de 2025 a 05 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 51-53 del 2025 y SE 01 del 2026	SE 02-05 2026		
Menor de un año	55	31	-43,64	
1 año	18	7	-61,11	
2 a 4 años	12	13	8,33	
5 a 9 años	4	9	125,00	
10 a 19 años	6	13	116,67	
20 a 29 años	14	5	-64,29	
30 a 39 años	9	9	0,00	
40 a 49 años	9	13	44,44	
50 a 59 años	11	12	9,09	
60 a 69 años	25	14	-44,00	
70 a 79 años	18	15	-16,67	
80 a 89 años	10	4	-60,00	
90 a 99 años	3	3	0,00	
Mayor a 100 años	0	0	0,00	
Total	194	148	-23,71	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, SE 51 a 53 de 2025 y 01-05 de 2026
PE: periodo epidemiológico

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia tres 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 05 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 05 del 2025 se notificaron 2 378 casos de dengue: 1 914 casos de esta semana y 464 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 11 537 casos, 6 996 (60,6 %) sin signos de alarma, 4 424 (38,4 %) con signos de alarma y 117 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,3 % (6 615) de los casos a nivel nacional proceden de Cartagena de Indias, Cesar, Meta, Norte de Santander, Santander, Barranquilla, Santa Marta y Tolima.

Tabla 15. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 05 del 2026

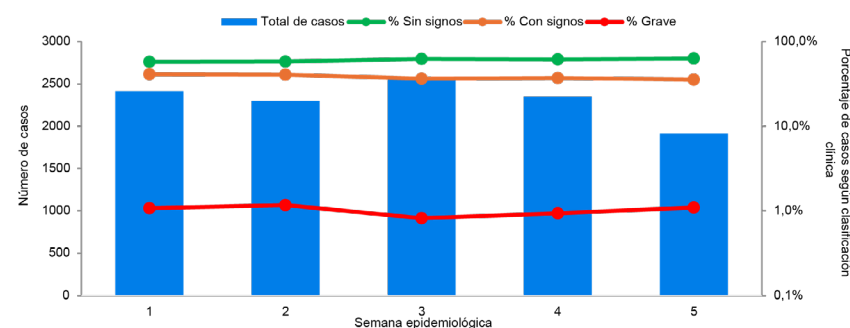
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 50-53 de 2025)	Observado (SE 01-04 de 2026)
Cartagena de Indias	1087	21.7	1.1	993	965
Cesar	1023	56.5	0.4	607	839
Meta	952	30.5	1.3	616	768
Norte de Santander	892	36.0	1.2	578	721
Santander	816	34.7	0.4	555	694
Barranquilla	643	41.5	0.9	510	555
Santa Marta	616	40.1	0.3	554	538
Tolima	586	33.4	1.7	353	470
La Guajira	544	58.3	2.4	331	474
Bolívar	503	38.2	1.4	394	411
Antioquia	493	32.9	0.8	327	447
Atlántico	460	48.3	1.1	397	392
Magdalena	443	52.6	0.2	358	380
Córdoba	407	50.1	2.0	308	351
Sucre	242	51.2	0.4	171	193
Cundinamarca	203	41.4	1.0	134	163
Valle del Cauca	202	22.8	1.0	201	167
Huila	185	40.5	3.8	105	137
Arauca	172	39.0	0.0	84	130
Santiago de Cali	171	31.0	0.6	156	143
Guaviare	136	12.5	0.0	45	71
Putumayo	130	15.4	0.8	65	99
Chocó	104	28.8	0.0	59	96
Amazonas	99	19.2	0.0	54	76
Casanare	77	28.6	0.0	47	60
Nariño	57	40.4	0.0	33	47
Quindío	55	25.5	1.8	42	45
Caquetá	44	50.0	4.5	28	34
Risaralda	38	36.8	0.0	39	21
Exterior	32	34.4	3.1	20	28
Boyacá	31	41.9	0.0	49	25
Cauca	27	33.3	3.7	20	22
Caldas	26	30.8	0.0	10	23
Vaupés	22	0.0	0.0	20	22
Vichada	8	37.5	0.0	13	7
Buenaventura	8	25.0	0.0	4	8
Archipiélago de San Andrés	2	0.0	0.0	3	0
Guainía	1	0.0	0.0	2	1
Colombia	11 537	38,3	1,0	8 285	9 623

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 50 a 53 del 2025), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Antioquia, Arauca, Buenaventura, Caldas, Cesar, Chocó, La Guajira, Guaviare, Huila, Nariño, Putumayo y Tolima; y se observó una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Boyacá, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, y Vichada; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 15).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39,4 % a nivel nacional (figura 13); 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 01 a 04 de 2026) fueron: Caquetá, Cesar, Córdoba, Magdalena, Sucre y La Guajira.

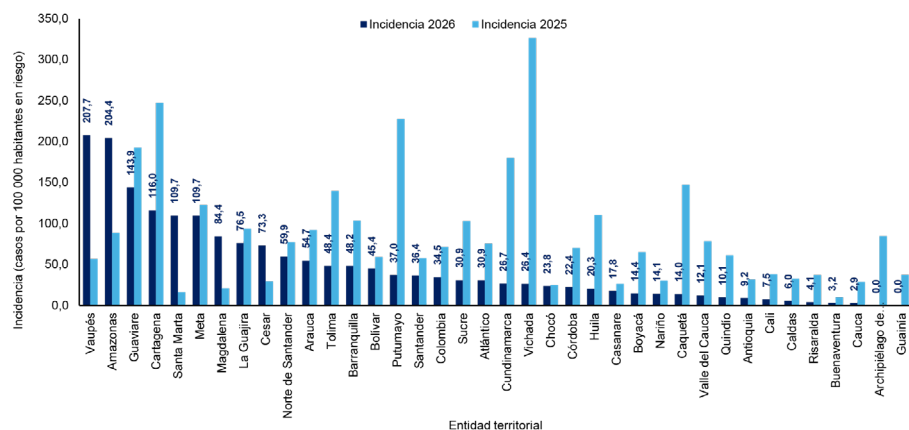
Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2026



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

A semana epidemiológica 05 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 34,5 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 71,5 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 100 casos por 100 000 habitantes (figura 14). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 67,7 casos por 100 000 habitantes.

Figura 14. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 05 del 2025 y 2026



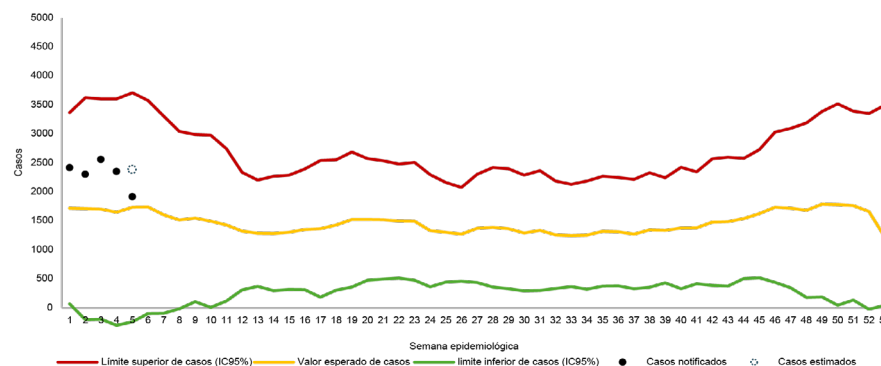
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 05 del 2026, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 16,1 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 50 a 53 del 2025) (figura 15).

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 32,4 % (12) se encuentra dentro de lo esperado, el 37,8 % (14) se encuentra en situación de alerta y el 29,7 % (11) se encuentra por encima del límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 16).

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 14,1 % (116) 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 22,8 % (13/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 17).

Figura 15. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 05 del 2026.



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

Tabla 16. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 05 del 2026

Situación epidemiológica a SE 05, 2026	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de febrero		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cartagena de Indias, Bolívar, Cesar	Chocó, Magdalena, La Guajira, Norte de Santander, Santa Marta	Amazonas, Guaviare, Meta, Vichada
Alerta	Atlántico, Barranquilla, Córdoba	Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Quindío, Nariño Tolima, Santander y Vaupés	Arauca, Boyacá y Putumayo
Dentro de lo esperado	Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura, Sucre, Risaralda y Valle del Cauca	Caquetá, Cauca, Casanare, Santiago de Cali, Guainía y Huila

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

Tabla 17. 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 05 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado (SE 50-53, 2025)	Observado (SE 01-04 2026)
Atlántico	Sabanalarga	36.9	38	25	34
Bolívar	Cartagena de Indias	103.0	1087	993	965
Cesar	Valledupar	76.6	423	256	337
Córdoba	Cereté	20.9	23	19	20
La Guajira	Riohacha	106.5	223	130	203
	Maicao	54.7	105	53	90
Santa Marta	Santa Marta	111.5	616	554	538
Magdalena	Ciénaga	51.8	66	27	51
Meta	Villavicencio	142.4	726	459	591
Norte de Santander	Cúcuta	60.0	458	255	358
Santander	Bucaramanga	39.6	245	201	207
Santander	Barrancabermeja	64.7	139	91	114
Arauca	Arauca	24.9	25	16	13

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

A semana epidemiológica 05 del 2026, se notificaron 32 muertes probables por dengue, de las cuales se ha confirmado un (1) caso, se han descartado dos (2) casos y se encuentran en estudio 29 casos; de estos un (1) caso procede del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,01 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 21 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 18).

Tabla 18. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 05, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 05, 2026	Letalidad por dengue a SE 05, 2025
	Confirmados	En estudio		
Norte de Santander	1	1	0.11	0.09
Córdoba	0	6	0.00	0.23
La Guajira	0	4	0.00	0.00
Tolima	0	3	0.00	0.06
Sucre	0	2	0.00	0.00
Antioquia	0	1	0.00	0.06
Atlántico	0	1	0.00	0.18
Barranquilla	0	1	0.00	0.07
Bolívar	0	1	0.00	0.15
Caquetá	0	1	0.00	0.00
Cundinamarca	0	1	0.00	0.00
Huila	0	1	0.00	0.20
Magdalena	0	1	0.00	0.00
Putumayo	0	1	0.00	0.00
Risaralda	0	1	0.00	0.58
Santander	0	1	0.00	0.00
Valle del Cauca	0	1	0.00	0.00
Exterior	0	1	0.00	2.44
Colombia	1	28	0,01	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 05 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 endemicidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 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

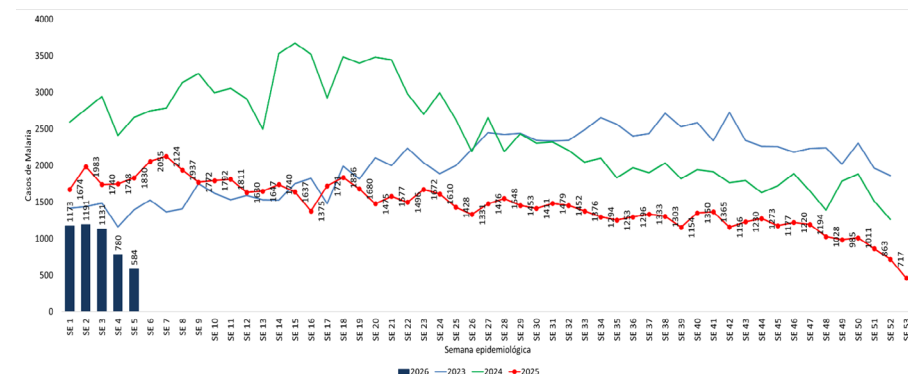
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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 16).

Figura 16. Comportamiento epidemiológico de la malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2026



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

En la semana epidemiológica 05 de 2026 se notificaron 1 017 casos de malaria, para un acumulado de 4 859 casos, de los cuales 4 759 son de malaria no complicada y 109 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 77,9 % (3 787), seguido de *Plasmodium falciparum* con 21,0 % (1 022) e infección mixta con 1,0 % (50). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,6 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (24,7 %), Antioquia (15,6 %), Córdoba (10,9 %), Guainía (8,0 %), Amazonas (6,9 %), Nariño (6,0 %), Meta (4,1), Risaralda (3,9 %), Vaupés (2,9 %), Bolívar (2,9 %), Vichada (2,7 %), Cauca (2,6 %) y Guaviare (2,4 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 70,9 % de los casos son los que se muestran en la tabla 19.

Tabla 19. 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 05 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 51 a 53 y SE 1 de 2026	Casos SE 02 a 05 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	358	133	290	9,44
Córdoba	Tierralta	316	155	231	3,17
Meta	Puerto Gaitán	173	86	136	3,75
Chocó	Lloró	162	38	125	15,27
Antioquia	El Bagre	159	74	102	2,82
Risaralda	Pueblo Rico	158	34	129	9,41
Chocó	Bagadó	148	55	107	12,50
Chocó	Quibdó	125	78	86	0,86
Amazonas	La Pedrera (CD)	119	63	91	27,97
Vaupés	Mitú	106	43	84	4,36
Chocó	Medio San Juan	101	50	67	8,59
Vichada	Puerto Carreño	97	40	47	4,29
Amazonas	Tarapacá (CD)	93	41	77	21,26
Córdoba	Puerto Libertador	91	27	62	2,00
Chocó	Istmina	81	42	57	2,40
Bolívar	Montecristo	72	51	57	3,92
Norte de Santander	Tibú	72	25	44	1,16
Cauca	Guapi	72	17	51	2,44
Buenaventura	Buenaventura	68	33	54	0,21
Guaviare	San José del Guaviare	67	18	56	1,06
Antioquia	Turbo	67	15	47	0,50
Nariño	El Charco	65	25	39	2,80
Chocó	El Cantón del San Pablo	54	7	34	7,82
Chocó	Bajo Baudó	53	27	39	1,56
Antioquia	Nechí	52	42	30	1,86
Chocó	Carmen del Darién	51	31	23	2,30
Chocó	Tadó	46	20	30	2,28
Chocó	Río Quito	46	12	30	5,02
Antioquia	Cáceres	46	16	29	1,48
Antioquia	Zaragoza	44	12	35	1,68
Nariño	Roberto Payán	43	12	28	3,23
Antioquia	Vigía del Fuerte	42	38	31	4,31
Nariño	Magüí	41	11	37	0,15
Chocó	Alto Baudó	41	11	37	1,31
Antioquia	Chigorodó	20	14	31	0,32

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 70,9 % 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 51 a 53 de 2025 y 01 de 2026) se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, Pueblo Rico, Puerto Gaitán, El Bagre, Lloró, La Pradera, Bagadó, Tarapacá (CD) y Montecristo y en incremento los municipios de El Encanto, Puerto Libertador y Tibú (tabla 20). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 62,7 % En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Medio San Juan, Tierralta y Vigía del Fuerte y en incremento los municipios de Guapi, El Charco, Buenaventura, Istmina, Lloró, Inírida, Timbiquí, Río Quito, Puerto Gaitán y Bagadó como se muestra en la tabla 21.

Tabla 20. 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 SE 05 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 51 a 53 de 2025 y SE 01 de 2026	Casos SE 02 a 05 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	282	228	-19%	9,5%
Córdoba	Tierralta	264	200	-24%	7,6%
Risaralda	Pueblo Rico	110	105	-5%	4,4%
Meta	Puerto Gaitán	124	107	-14%	3,9%
Antioquia	El Bagre	139	119	-14%	3,8%
Chocó	Lloró	83	79	-5%	3,3%
Amazonas	La Pradera	125	84	-33%	3,3%
Chocó	Bagadó	107	96	-10%	3,1%
Vaupés	Mitú	80	83	4%	2,9%
Amazonas	El Encanto	39	61	56%	2,6%
Amazonas	Tarapacá (CD)	80	46	-43%	2,4%
Córdoba	Puerto Libertador	55	73	33%	2,3%
Bolívar	Montecristo	83	53	-36%	2,1%
Guaviare	San José del Guaviare	47	49	4%	2,0%
Norte de Santander	Tibú	49	58	18%	1,7%

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

Tabla 21. 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 SE 05 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 51 a 53 de 2025 y SE 01 de 2026	Casos SE 02 a 05 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	58	52	-10%	6,8%
Cauca	Guapi	31	52	68%	6,6%
Nariño	El Charco	31	46	48%	5,7%
Buenaventura	Buenaventura	23	33	43%	4,5%
Chocó	Istmina	30	35	17%	4,4%
Chocó	Medio San Juan	35	31	-11%	4,1%
Chocó	Lloró	21	27	29%	4,1%
Guainía	Inírida	26	29	12%	4,0%
Córdoba	Tierralta	28	26	-7%	3,7%
Cauca	Timbiquí	16	33	106%	3,7%
Chocó	Río Quito	5	32	540%	3,4%
Meta	Puerto Gaitán	22	30	36%	3,4%
Chocó	Bagadó	17	25	47%	3,1%
Nariño	Magüi	18	18	0%	3,0%
Antioquia	Vigía del Fuerte	31	19	-39%	2,3%

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 05 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran ocho departamentos en situación de incremento y siete departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 32 municipios en incremento y 75 municipios en decremento (tabla 22).

Tabla 22. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 05 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 05 2025	Acumulado 2026	SE 05 2026	Esperado	Observado
Amazonas	La Chorrera (CD)	4	0	0	10	0	2	7
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	210	65	96	5	54	64
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	8	2	11	0	0	6
Amazonas	Leticia	4	18	3	12	2	3	11
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	75	4	0	61
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	9	2	121	16	38	86
Antioquia	Anorí	5	5	0	25	4	13	20
Antioquia	Nechí	5	138	35	52	9	26	38
Antioquia	Yondó	4	3	1	12	1	2	9
Antioquia	Turbo	5	69	21	68	11	49	55
Arauca	Saravena	4	102	19	13	2	1	10
Arauca	Arauquita	4	5	2	2	0	0	2
Arauca	Fortul	4	4	0	7	1	0	7
Bolívar	Montecristo	5	118	14	80	5	50	60
Boyacá	Cubará	4	96	18	20	2	0	19
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	3	0	7	2	2	7
Caquetá	Florencia	4	42	10	12	2	1	11
Chocó	El Carmen de Atrato	4	3	2	15	1	4	11
Chocó	Belén de Bajirá	5	22	8	34	3	10	25
Córdoba	Tuchín	4	16	5	17	4	4	16
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	0	0	5	0	1	5
Guainía	Inírida	5	224	44	359	17	241	261
Guainía	San Felipe (CD)	4	3	1	7	2	2	6
Guainía	La Guadalupe (CD)	4	0	0	4	0	0	3
Meta	Puerto Gaitán	4	7	1	177	7	15	142
Meta	Villavicencio	4	6	3	7	0	2	6
Putumayo	Puerto Leguizamó	4	3	0	11	0	2	9
Risaralda	Pereira	4	3	0	9	0	1	8
Risaralda	La Virginia	4	4	0	8	1	1	5
Valle del Cauca	Florida	4	0	0	4	0	0	4
Vaupés	Taraira	5	6	2	31	1	14	19
Vichada	Puerto Carreño	4	37	16	100	29	12	83

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2021 y 2025 con corte al periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 30 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 30, se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

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

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

altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena (tabla 23).

El 82,6 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 17,4 % como desnutrición aguda severa. En los niños y niñas mayores de seis meses, el 8,3 % presentaron perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (28,5 %) y de 1 año (26,7 %). Según el área de residencia, el 67,5 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 05 del 2026, se identificó un comportamiento inusual de incremento en la notificación de casos de desnutrición aguda en los departamentos de Caldas y Putumayo, y de disminución en los departamentos de Arauca, Cauca, Córdoba, Guainía, Vaupés y Vichada; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 92 municipios a nivel nacional (8,2 %) y de disminución en 22 municipios (2,0 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021-2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 19 municipios (tabla 24).

29

A semana epidemiológica 05 del 2026, se han notificado 1 824 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 1 816 corresponden a residentes en Colombia y 8 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (06 de 2025 a 05 de 2026) es de 0,54 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más

Tabla 23. 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 05, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 05 de 2025	Casos a SE 05 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	1953	1816	0,54	8,2	2,0
La Guajira	220	161	1,51	10,8	0,0
Vichada	14	6	1,17	7,5	0,0
Chocó	114	70	1,16	16,0	4,0
Magdalena	46	47	0,83	0,0	6,7
Guaviare	7	7	0,80	0,0	0,0
Risaralda	50	41	0,73	15,4	7,7
Arauca	27	23	0,67	28,6	14,3
Cartagena de Indias	57	51	0,65	0,0	0,0
Amazonas	6	4	0,63	9,1	0,0
Casanare	13	20	0,62	12,5	6,3
Cesar	85	62	0,62	4,8	0,0
Boyacá	42	50	0,60	17,8	2,2
Antioquia	258	258	0,59	12,0	0,8
Vaupés	5	2	0,58	4,3	0,0
Norte Santander	60	51	0,58	4,7	1,6
Bogotá, D.C	240	244	0,57	13,6	0,0
Bolívar	48	59	0,55	0,0	0,0
Putumayo	23	26	0,51	2,5	2,5
Guainía	3	1	0,51	7,8	0,9
Nariño	74	60	0,51	13,8	0,0
Cundinamarca	107	107	0,50	0,0	3,3
Buenaventura	17	10	0,48	0,0	0,0
Valle del Cauca	56	63	0,46	15,4	0,0
Santiago de Cali	48	52	0,46	0,0	0,0
Meta	29	36	0,44	10,3	6,9
Sucre	35	26	0,43	7,1	0,0
Huila	46	45	0,42	25,0	25,0
Santa Marta	17	11	0,39	0,0	0,0
Barranquilla	10	18	0,39	0,0	0,0
Tolima	33	34	0,37	3,4	1,1
Caquetá	8	17	0,36	7,4	0,0
Caldas	12	18	0,33	5,7	0,0
Atlántico	17	35	0,30	0,0	0,0
Santander	52	39	0,30	8,3	8,3
Córdoba	47	36	0,29	9,7	6,5
Quindío	5	6	0,26	0,0	16,7
Cauca	22	18	0,25	10,5	5,3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	2	0,16	0,0	50,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 06 de 2025 a SE 05 de 2026

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

Tabla 24. 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 05 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Cesar	Valledupar	14	22
Atlántico	Soledad	10	16
La Guajira	Maicao	31	15
Meta	Villavicencio	11	15
Casanare	Yopal	8	14
Tolima	Ibagué	4	12
Valle del Cauca	Jamundí	6	12
Caquetá	Florencia	5	11
Antioquia	Rionegro	4	9
Cesar	Aguachica	3	8
Sucre	Sincelejo	3	8
Valle del Cauca	Tuluá	2	8
Santander	Bucaramanga	12	3
Antioquia	Apartadó	7	2
Magdalena	Ciénaga	5	1
Quindío	Armenia	5	1
Córdoba	Lorica	3	0
Cundinamarca	Girardot	4	0
Norte de Santander	Villa del Rosario	4	0

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

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

Tos ferina

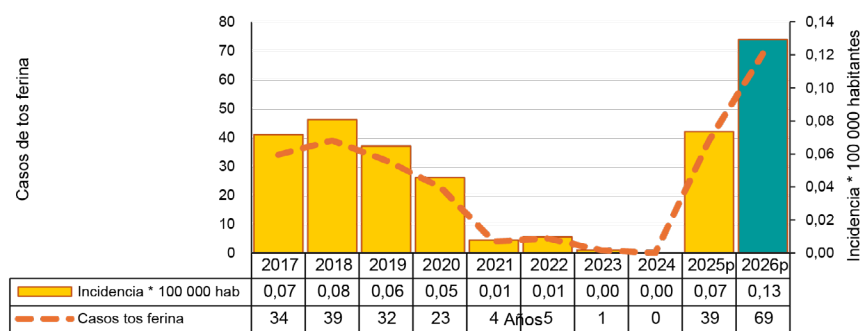
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 04 del 2026

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) 04 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 416 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,6 % (69) se confirmó y corresponde a casos con procedencia de Colombia, el 12,5 % (52) corresponde a casos descartados y el 70,9 % (295) se encuentra en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante SE 04 es de 0,13 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 0,07 casos por cada 100 000 habitantes (figura 17).

Figura 17. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 04, 2017 al 2026p

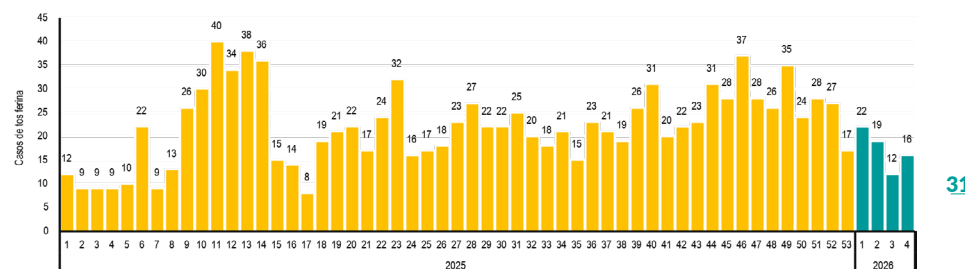


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026. Datos preliminares

p: dato preliminar sujeto a validación

La figura 18 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 28,9 %, al pasar de 97 casos (SE 50-53) a 69 casos (SE 01-04 de 2026). Es importante señalar que estos datos están sujetos a modificaciones debido al rezago inherente al proceso de confirmación de casos.

Figura 18. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 04 de 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026. Datos preliminares

p: dato preliminar sujeto a validación

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 04, de 2019 a 2026

El mayor número de casos se registró en Cartagena de Indias, con una incidencia de 1,48 casos por cada 100 000 habitantes (14), le siguen Antioquia con 0,14 (10), Risaralda con 0,7 (6) y La Guajira con 0,65 casos por cada 100 000 habitantes (6).

La tabla 25 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 (datos preliminares) para la misma semana epidemiológica.

Tabla 25. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 04, (2019 a 2026p)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0,06	0,05	0,01	0,01	0,00	0,00	0,07	0,13	—	69
Cartagena de Indias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,48	—	14
Antioquia	0,14	0,08	0,03	0,03	0,00	0,00	0,22	0,14	—	10
Risaralda	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,70	—	6
La Guajira	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,65	—	6
Santiago de Cali	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	—	4
Santander	0,00	0,09	0,04	0,00	0,00	0,00	0,04	0,17	—	4
Bogotá	0,09	0,04	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,05	—	4
Casanare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,84	—	3
Cesar	0,00	0,15	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,20	—	3
Bolívar	0,00	0,17	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	—	2
Boyacá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	—	2
Cauca	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	—	2
Putumayo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	—	1
Chocó	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	—	1
Sucre	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	—	1
Meta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,09	—	1
Huila	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,08	—	1
Barranquilla	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,08	—	1
Atlántico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	—	1
Norte de Santander	0,26	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	—	1
Cundinamarca	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,03	—	1

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Vigila 2017 a 2026. Datos preliminares
p: dato preliminar sujeto a validación

Tabla 26. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia, por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas 01-04 de 2026

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 50-53 de 2025)	Casos PE actual (SE 01-04 de 2026)	Incidencia PE anterior (SE 50-53 de 2025)	Casos PE actual (SE 01-04 de 2026)	Tendencia
Colombia	97	69	0,18	0,13	—
Huila	0	1	0,00	0,08	—
La Guajira	3	6	0,28	0,56	—
Risaralda	4	6	0,40	0,60	—
Santander	2	4	0,08	0,17	—
Casanare	1	3	0,21	0,63	—
Putumayo	0	1	0,00	0,26	—
Antioquia	15	10	0,22	0,14	—
Atlántico	3	1	0,19	0,06	—
Barranquilla	4	1	0,31	0,08	—
Bogotá, D.C.	10	4	0,13	0,05	—
Bolívar	3	2	0,24	0,16	—
Boyacá	3	2	0,23	0,15	—
Caldas	1	0	0,09	0,00	—
Caquetá	1	0	0,23	0,00	—
Cesar	7	3	0,48	0,20	—
Córdoba	3	0	0,15	0,00	—
Cundinamarca	2	1	0,06	0,03	—
Chocó	2	1	0,34	0,17	—
Santa Marta	1	0	0,17	0,00	—
Norte de Santander	3	1	0,18	0,06	—
Quindío	1	0	0,18	0,00	—
Sucre	2	1	0,19	0,10	—
Valle del Cauca	1	0	0,05	0,00	—
Santiago de Cali	7	4	0,31	0,18	—
Vaupés	1	0	2,27	0,00	—

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Vigila 2017 a 2026. Datos preliminares
p: dato preliminar sujeto a validación

32

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 04 de 2026), la incidencia nacional fue de 0,13 casos por cada 100 000 habitantes (69 casos); se observa un aumento en Huila, La Guajira, Risaralda, Santander, Casanare y Putumayo (tabla 26).

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

En 2026 (SE 04), se identificaron 18 casos confirmados de tos ferina en población indígena distribuidos así: Risaralda (4), Santander (3), Chocó (4), Cauca (2), La Guajira (2) y Antioquia, Boyacá y Casanare con un (1) caso. Los brotes en seguimiento se detallan en la tabla 27.

Tabla 27. Brotes de tos ferina en seguimiento, Colombia, 2026^p

Entidad territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Chocó	Carmen del Darién	2	6/02/2026	20/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	6/02/2026	20/03/2026
La Guajira	Uribe	1	1/02/2026	15/03/2026
La Guajira	Maicao	1	30/01/2026	13/03/2026
Casanare	Paz de Ariporo	1	28/01/2026	11/03/2026
Cauca	Morales	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Santander	Cedrito	3	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	1	26/01/2026	9/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	4/03/2026
Cauca	Toribio	1	16/01/2026	27/02/2026
Antioquia	Frontino	1	15/01/2026	26/02/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026

FIS: fecha de inicio de síntomas

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026. Datos preliminares

p: dato preliminar sujeto a validación





BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización de fiebre amarilla a nivel nacional, 10 de febrero de 2026

En el contexto del brote de fiebre amarilla que afecta al país, durante el año 2024 se notificaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos, lo que 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); 51¹ 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)².

A corte del 10 de febrero de 2026, se han notificado para estudio 194 casos, de los cuales han sido confirmados 20 casos por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico para un total de 21 casos confirmados, con fecha de inicio de síntomas entre 04 de enero y 02 de febrero de 2026, todos procedentes del Tolima.

Se han presentado 12 casos fallecidos, nueve (9) casos confirmados como causa de fallecimiento y tres (3) en estudio para una letalidad actual de 42,8 % (9/21). Por otra parte, se identifican 33 casos probables del departamento de: Tolima (24), Cundinamarca (3), Amazonas (1), Antioquia (1), Chocó (1), Meta (1), Vaupés (1) y sin especificar (1) notificado por Bogotá, D.C.

En el acumulado de 2024 a 2026 se registran 169 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 con 12 municipios afectados: Cunday (30), Ataco (27), Chaparral (25), Villarrica (22), Prado (20), Rioblanco (9), Purificación (8), Dolores (4), Ibagué (1), Palocabildo (1), Valle de San Juan (1), Espinal (1). También se reportan casos en Putumayo (Orito 4, Villagarzón 2, San Miguel 1, Valle del Guamuez 1), Meta (San Martín 1, Granada 1, La Macarena 1), Caquetá (Cartagena del Chairá 1, El Doncello 1), Nariño (Ipiales 2), Vaupés (Mitú 1), Caldas (Neira 1), Cauca (Piamonte 1), Huila (Campoalegre 1) y Guaviare (San José del Guaviare 1); y tres (3) casos de procedencia exterior en Venezuela: Estado de Apure dos (2) casos y Estado Amazonas un (1) caso).

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

² Se excluyen 5 casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y tres (3) casos en estudio.

En cuanto a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares) se han presentado 76 fallecimientos: 68 confirmados, cinco (5) casos excluidos de la letalidad² y tres (3) en estudio, lo que representa una letalidad del 40,2 % (68/169); los cuales se distribuyen en nueve (9) departamentos: Tolima (53), Putumayo (6), Meta (3), Caquetá (1), Nariño (1), Caldas (1), Cauca (1), Guaviare (1) y Huila (1). Los últimos tres casos confirmados en 2026 (datos preliminares) corresponden a dos (2) masculinos y una (1) femenina con procedencia y residencia Chaparral (Tolima). Caso 1. Hombre de 38 años, ocupación agricultor y aseguramiento Nueva EPS, procedente de Chaparral-Tolima (Vereda Santo Domingo corregimiento de Calarma) quien consulta en Hospital local el 02 de febrero de 2026, con fecha de inicio de síntomas del 31 de enero de 2026. Sin antecedente vacunal de fiebre amarilla. Con resultados de PCR positivo del 06 de febrero de 2026 y PCR dengue negativo.

Caso 2. Mujer de 22 años con aseguramiento de EPS Pijaos Salud, procedente de la vereda Los Helechales en Chaparral (Tolima), quien consulta en el hospital local el 04 de febrero de 2026 y es remitida al hospital de referencia departamental. Con fecha de inicio de síntomas del 01 de enero de 2026. Sin antecedente vacunal de fiebre amarilla. Resultado de PCR positiva para fiebre amarilla y PCR negativa dengue.

Caso 3. Hombre de 65 años con procedencia y residencia Chaparral (Tolima), con aseguramiento EPS Asmet Salud, procedente de la vereda Chitato en Chaparral (Tolima) consulta inicialmente en el Hospital local el 6 de febrero de 2026, hospitalizado el mismo día y remitido al hospital departamental de referencia, con fecha de inicio de síntomas el 31 de enero de 2026. Sin antecedente vacunal de fiebre amarilla. Resultado de PCR positivo para fiebre amarilla del 09 de febrero de 2026 y PCR dengue negativo.

En relación con epizootias, durante 2025 y 2026 (datos preliminares) se han confirmado 81 casos de fiebre amarilla en PNH (primates no humanos) distribuidos así: 64 con procedencia de Tolima en los municipios de Chaparral (21), 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.

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

² Se excluyen 5 casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y tres (3) casos en estudio.

El último caso se confirmó el 09 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 29 de enero de 2026 en zona rural de la vereda Chitato del corregimiento de Calarma del municipio de Chaparral (Tolima).

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

Seguimiento de situación de aumento de precipitaciones a nivel nacional, 08 de febrero de 2026

El Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) reporta incremento de lluvias en las regiones: Caribe, Andina, Pacífica y Amazonía y frente frío en la región del Caribe lo que aumenta el riesgo de lluvias, viento y mayor oleaje lo que genera inundaciones, crecientes súbitas y deslizamientos (IDEAM, 2026).

De acuerdo con la información registrada en el sistema de alerta temprana del INS y con base en el monitoreo permanente de medios de comunicación, a la fecha son 18 departamentos y tres (3) distritos (Bogotá, D.C., Cartagena de Indias y Buenaventura) afectados. Córdoba (24): Valencia, Ayapel, Montería, Los Córdoba, Tierralta, Lorica, La Apartada, Cotorra, Canalete, Montelíbano, Purísima de La Concepción, Puerto Escondido, San José de Uré, Cereté, Buenavista, San Bernardo del Viento, Ciénaga de Oro, Moñitos, Pueblo Nuevo, Momil, San Antero, San Carlos, San Pelayo y Puerto Libertador. Cundinamarca (24): Medina, Une, Guaduas, Yacopí, Sopó, Cajicá, Tocaima, Viotá, San Bernardo, Caparrapí, San Antonio del Tequendama, Susa, Choachí, Anapoima, La Mesa, Agua de Dios, Girardot, El Colegio, Ricaurte, Guasca, Sasaima, La Calera, Soacha y Madrid. Antioquia (11): San Juan de Urabá, Urrao, El Bagre, Múrido, San Pedro de Urabá, Necoclí, Arboletes, Carepa, Apartadó, Vigía del Fuerte y Mutatá. Sucre (3): Coveñas, Tolú y San Onofre. Tolima (12): Chaparral, Rioblanco, Palocabildo, Dolores, Natagaima, Prado, Cunday, Ortega, Villarrica, Saldaña, Planadas y Ataco. Magdalena (1): Santa Marta. Nariño (3): Santa Bárbara, Pasto y Samaniego. Chocó (15): Bagadó, Atrato, Medio Atrato, Nuquí, Medio San Juan, Istmina, Tadó, Lloró, Alto, Medio y Bajo Baudó, Bojayá, Nóvita, Quibdó y Río Quito. Casanare (8): Monterrey, Tauramena, Villanueva, Yopal, Paz de Ariporo, Aguazul, Nunchía, Támara. Cauca (2): Guapi y Timbiquí. Valle del Cauca (4): Jamundí, Buga, Tuluá y Cartago. Putumayo (3): Puerto Leguizamó, Villagarzón y Mocoa. Huila (4): Gigante, Garzón, Hobo y Campoalegre. La Guajira (8): Riohacha, Manaure, Dibulla, Albania, Fonseca, Distracción, San Juan del Cesar y Villanueva. Bolívar (1): Montecristo.

Conformación de 78 alojamientos temporales de emergencia (ATE), corte febrero 08 de 2026 (21:00) en Córdoba, así: Tierralta (30), Montería (12), Puerto Libertador (9), Canalete (3), Cereté (3), Los Córdoba (3), Valencia (3), La Apartada (2), Loricá (2), Montelíbano (2), Puerto Escondido (2), San Bernardo del Viento (2), San Pelayo (2), Buenavista (1), San Carlos (1) y Tuchín (1).

Se identifican necesidades de caracterización poblacional, censo de personas y animales, fortalecimiento de la vigilancia sindrómica y capacitación en el aplicativo de EWARS, la vigilancia basada en la comunidad (VBC) y la evaluación de las condiciones higiénico-sanitarias en los Alojamientos Temporales de Emergencia, como articulación intersectorial. Se realiza asistencia técnica a Entidad Territorial de Córdoba en lineamientos sobre ATE y fortalecimiento de la captación y seguimiento de información en aplicativo EWARS. Emisión de alerta climática desde la Mesa de Cambio Climático para el Boletín Clima y Salud. El 06 de febrero de 2026, se realizó una Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA) con la entidad territorial de Córdoba donde se determinó nivel de respuesta departamental con apoyo permanente desde nivel nacional y el 08 de febrero se realizó una mesa técnica con articulación intersectorial para la preparación de la declaratoria de emergencia ambiental. Desde el INS se definen las líneas de base de eventos priorizados en salud pública y apoyo técnico oportuno.

Se identifican a semana epidemiológica 04 los siguientes eventos: accidente ofídico, dengue (grave y con signos de alarma), desnutrición aguda en menores de cinco años, infección respiratoria aguda grave (IRAG) inusitado, malaria, leptospirosis; morbilidad por IRA (hospitalizaciones en sala general, consulta externa, urgencias y UCI), violencia de género e intrafamiliar, intento de suicidio, morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) y morbilidad materna extrema. Se define riesgo alto (naranja): Córdoba. Moderado (amarillo): Antioquia, Cundinamarca, Huila, Tolima, Nariño. Bajo (verde): resto de entidades.

Conformación de alojamientos temporales de emergencia por aumento de precipitaciones en Córdoba. 06 de febrero de 2026

En Córdoba se identifican riesgo en el Río Sinú, San Jorge y Canalete en niveles históricos de desbordamiento y el embalse de Urrá en alerta roja, con suspensión de generación eléctrica. Los municipios con mayores daños: Canalete, Valencia, Montería, Palomino. La Gobernación declaró calamidad pública. La Unidad Nacional de Gestión de Riesgo, activó el Puesto de Mando Unificado, se entrega ayuda humanitaria y se realiza preparación de Alojamientos Temporales de Emergencia por parte de las Alcaldías.

Se realizó Sala de Análisis del Riesgo Ambiental el 6 de febrero de 2026 con nivel de respuesta departamental-nacional con desplazamiento de Equipo de Respuesta Inmediata Nacional. En seguimiento de eventos de interés en salud pública se identifican los siguientes comportamientos inusuales: Accidente ofídico (Tierralta Purísima de La Concepción Puerto Libertador), Dengue y Dengue con signos de alarma (Ayapel Tierralta Cotorra Montelíbano Cereté Ciénaga de Oro Moñitos Puerto Libertador), DNT (Pueblo Nuevo), COVID-19 (Montería), IRAG inusitado (Cereté), Morbilidad IRA consulta externa y urgencia (Valencia Ayapel Tierralta La Apartada Canalete Montelíbano Cereté Buenavista Ciénaga de Oro Pueblo Nuevo San Antero Puerto Libertador), Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI (Montería), Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general (Loricá), Morbilidad por EDA (Ayapel La Apartada Canalete Cereté Buenavista San Bernardo del Viento Ciénaga de Oro San Antero San Carlos San Pelayo Puerto Libertador), Violencia de género e intrafamiliar (San José de Uré Ciénaga de Oro Moñitos San Antero). Los demás eventos priorizados se encuentran en su comportamiento habitual o estable. Se desplazará un Equipo de Respuesta Inmediata Nacional al departamento de Córdoba para realizar apoyo en la caracterización y seguimiento de los ATE. La situación continua en monitoreo por el Grupo de Factores de Riesgo del Ambiente.

Fuente: Grupo de factores de riesgo del ambiente, Instituto Nacional de Salud.

Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA), población de interés especial, Ipiales, Nariño, 09 de febrero de 2026

Se registra brote de ETA en población privada de la libertad en Ipiales (Nariño) con fecha de inicio el 06 de febrero de 2026. Se detecta, notifica y realiza investigación epidemiológica de campo el 07 de febrero de 2026. Se confirman 42 casos: pabellón de mujeres (26) y pabellón de hombres (16), 656 expuestos con una tasa de ataque de 6,4 % (42/656), ocho (8) hospitalizados, no se han reportado muertes.

Se realiza seguimiento departamental con activación de ERI municipal que realiza investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria (BAC) y búsqueda activa institucional (BAI), visita de inspección, vigilancia y control (IVC). Se realiza activación ERI municipal-departamental, IEC, BAC, BAI y visita de IVC, se tomaron muestras de alimentos, biológicos (7), superficies (8), manipuladores (2) y agua (3). Se realiza SAR departamental con participación intersectorial donde se decide el desplazamiento de ERI departamental el 09 de febrero de 2026 para

ampliación de IEC y fortalecimiento de acciones en vigilancia en salud pública. Continua en seguimiento a casos y expuestos, vigilancia activa y control del brote, pendiente resultado de muestras.

Fuente: Secretaría departamental de salud de Nariño

ALERTAS INTERNACIONALES

Enfermedad por el virus Nipah en Bangladesh. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 06 de febrero de 2026

El 03 de febrero de 2026, Bangladesh notificó a la OMS un caso confirmado de infección por el virus Nipah (NiV por sus siglas en inglés) en la división de Rajshahi. El caso se presentó el 21 de enero de 2026, con clínica dada por fiebre y síntomas neurológicos. El 29 de enero de 2026, se confirmó infección por el virus Nipah. Dentro de la investigación se confirmó el antecedente de consumo de savia cruda de dátil y no reportó viajes previos. Se identificaron 35 contactos, quienes están siendo monitoreados y han resultado negativas en las pruebas del Nipah. Hasta la fecha no se han detectado nuevos casos.

Bangladesh registra regularmente pequeños brotes de Nipah, con casos reportados en diferentes épocas del año, aunque los brotes tienden a ocurrir entre diciembre y abril, coincidiendo con la recolección y el consumo de savia de dátil. En 2025, se reportaron 4 casos confirmados en el país. Se han implementado varias medidas de salud pública.

La OMS evalúa el riesgo general que representa el virus de Nipah para la salud pública como bajo a nivel nacional, regional y mundial. El riesgo de propagación internacional de la enfermedad se considera bajo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad por el virus Nipah en Bangladesh. Fecha de publicación: 6 de febrero de 2026. Fecha de consulta: 11 de febrero de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON594>

Alerta epidemiológica sobre Chikunguña. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 10 de febrero de 2026

A nivel mundial, entre el 01 de enero y el 10 de diciembre de 2025, se notificaron 502 264 casos de chikunguña, incluidos 208 335 casos confirmados y 186 fallecimientos en 41 países y territorios. Por región de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se han notificado casos en la Región de África, con 2 211 casos, incluidos 111 confirmados; la Región del Mediterráneo Oriental, con 1 596 casos, incluidos 67 confirmados; la Región de Europa, con 56 986 casos confirmados, incluidos 43 fallecimientos; la Región de las Américas, con 291 451 casos, incluidos 110 039 confirmados y 141 fallecimientos; la Región de Asia Sudoriental, con 115 985 casos, incluidos 34 035 confirmados y dos fallecimientos; y la Región del Pacífico Occidental, con 34 035 casos confirmados y dos fallecimientos.

El análisis genómico ha identificado tres genotipos principales del virus chikunguña (CHIKV) circulantes a nivel mundial: el genotipo de África Occidental, el genotipo de África Oriental, Central y Sudafricana (ECSA) y el genotipo asiático. Dentro del genotipo ECSA, surgió el linaje genéticamente divergente del Océano Índico (LIO), caracterizado por la mutación E1-A226V, que se ha asociado con una mayor transmisibilidad del CHIKV por el vector *Aedes albopictus*.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica sobre chikunguña. Fecha de publicación: 10 de febrero de 2026. Fecha de consulta: 11 de febrero de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-febrero-10-phe-alerta-chkvfinalsp.pdf>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 05 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 05

Decremento
 Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	4	1	1	49	30	36	99	42	76	19	14	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	64	14	14	2039	1387	1637	493	360	447	162	148	141	4	3	4	13	69	11	15	7	7
Arauca	16	2	1	114	57	82	172	42	130	67	15	50	0	0	0	0	1	0	2	6	2
Atlántico	4	1	0	430	279	348	460	313	392	222	180	196	5	7	4	0	1	0	2	1	2
Barranquilla D.E.	1	0	0	491	267	413	643	602	555	267	286	232	6	10	5	0	0	0	9	3	8
Bogotá D.C.	0	1	0	2454	1752	1968	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	18	1	0	1	0
Bolívar	23	4	2	280	218	223	503	235	411	192	118	159	7	4	7	0	1	0	1	0	1
Boyacá	8	2	2	696	472	539	31	41	25	13	16	12	0	0	0	1	1	0	1	1	1
Buenaventura D.E.	3	0	0	29	13	22	8	21	8	2	9	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	9	1	2	404	290	327	26	27	23	8	16	8	0	0	0	1	1	1	3	1	3
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	559	413	454	171	707	143	53	323	51	1	8	1	0	12	0	25	14	19
Caquetá	19	5	4	129	87	104	44	175	34	22	99	19	2	3	0	0	0	0	1	0	1
Cartagena de Indias D.T.	3	0	0	261	141	197	1087	305	965	236	140	215	12	7	11	0	0	0	0	0	0
Casanare	7	3	1	241	114	196	77	106	60	22	49	17	0	1	0	0	1	0	0	2	0
Cauca	17	4	4	599	427	484	27	92	22	9	34	8	1	2	0	0	6	0	5	1	5
Cesar	16	3	2	274	196	226	1023	311	839	578	206	481	4	4	4	0	2	0	0	3	0
Chocó	25	5	5	34	15	28	104	46	96	30	11	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	30	4	7	513	376	406	407	308	351	204	155	175	8	3	8	0	1	0	1	0	1
Cundinamarca	10	1	1	1657	1037	1303	203	320	163	84	147	69	2	2	2	1	4	1	2	1	2
Guainía	3	0	0	22	11	14	1	8	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	8	3	1	29	29	26	136	33	71	17	8	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	13	2	1	739	458	589	185	418	137	75	180	61	7	10	6	1	1	0	1	0	1
La Guajira	16	3	3	216	152	179	544	216	474	317	161	275	13	5	8	2	1	2	2	1	2
Magdalena	14	3	2	219	183	168	443	108	380	233	75	205	1	2	1	0	0	0	6	1	0
Meta	24	5	6	516	300	404	952	417	768	290	177	230	12	3	11	1	4	1	2	1	2
Nariño	8	4	2	757	519	616	57	56	47	23	19	17	0	1	0	0	1	0	3	2	1
Norte de Santander	36	8	5	700	418	545	892	297	721	321	149	266	11	5	8	3	12	2	1	0	1
Putumayo	16	4	5	207	123	164	130	165	99	20	53	12	1	1	1	0	0	0	4	0	4
Quindío	2	1	1	348	219	276	55	68	45	14	22	11	1	0	0	0	2	0	1	1	1
Risaralda	7	0	2	472	306	378	38	75	21	14	30	8	0	1	0	2	4	1	3	0	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	28	26	22	2	17	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	0	0	206	129	167	616	78	538	247	47	225	2	2	2	0	0	0	2	5	2
Santander	24	3	3	870	530	691	816	403	694	283	170	245	3	3	3	1	6	0	3	2	1
Sucre	6	1	1	282	204	226	242	356	193	124	211	96	1	6	1	0	0	0	6	6	0
Tolima	22	3	4	811	483	636	586	634	470	196	274	147	10	7	7	1	1	0	3	4	2
Valle del Cauca	11	2	0	1011	610	803	202	587	167	46	263	37	2	4	1	0	13	0	7	4	5
Vaupés	4	0	1	21	12	17	22	11	22	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2
Vichada	5	1	2	12	18	7	8	5	7	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	479	94	85	18.719	12.300	14.921	11.505	8.005	9.595	4.413	3.821	3.732	116	104	95	29	162	20	107	69	78

39

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 05

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	336	123	243	1	0	1	586	488	463	59	9	52	0	0	0	212	401	172	0	2	0
Antioquia	757	796	571	35	26	9	108439	78705	85432	5277	3054	4302	419	939	645	39212	33472	32207	57	77	57
Arauca	22	3	19	3	0	2	1743	1871	1406	150	86	114	4	3	6	700	693	543	6	8	6
Atlántico	0	0	0	2	2	0	13296	9975	10695	410	195	336	250	156	385	5597	4050	4558	16	25	16
Barranquilla D.E.	0	0	0	3	2	1	19051	14766	14869	1160	386	911	120	212	210	7947	5877	6388	28	25	28
Bogotá D.C.	0	0	0	24	14	13	117034	117074	90414	5639	4640	4351	805	1290	1375	63077	64333	51019	89	75	89
Bolívar	148	116	105	7	4	4	13106	10030	10224	329	192	266	49	122	77	3520	2739	2912	15	22	15
Boyacá	20	0	19	11	4	6	9416	9774	7328	658	392	509	40	82	62	4326	4418	3433	12	12	12
Buenaventura D.E.	68	113	48	2	1	1	783	778	687	3	3	3	1	2	2	268	456	224	8	10	8
Caldas	4	6	4	4	2	3	9465	7678	7517	383	269	297	131	159	205	2557	2977	1999	10	12	10
Santiago de Cali D.E.	1	1	1	20	15	5	24191	23692	17481	711	648	558	78	88	109	13535	13655	11517	23	31	23
Caquetá	27	16	23	3	2	1	2219	2597	1742	155	118	111	2	6	5	1616	1761	1292	8	7	8
Cartagena de Indias D.T.	1	0	1	3	1	1	15116	15799	11606	1135	336	871	157	209	277	4607	4012	3625	10	24	10
Casanare	3	5	2	1	0	1	1938	1887	1600	56	39	51	6	7	8	916	1021	740	6	10	6
Cauca	128	192	104	7	5	2	10986	9769	8724	410	212	315	53	80	81	3486	4896	2898	20	23	20
Cesar	1	3	1	3	3	2	9675	9573	7660	428	519	334	43	83	69	2934	3291	2515	20	24	20
Chocó	1193	2213	920	7	3	4	4561	1873	3604	104	148	96	4	5	7	1964	1027	1608	15	20	15
Córdoba	518	918	396	2	1	1	19178	12923	15331	647	430	480	137	216	241	4689	4273	3681	20	36	20
Cundinamarca	0	0	0	11	6	7	28534	24467	22270	1128	826	877	111	277	179	14470	12703	11487	33	38	33
Guainía	381	239	276	0	0	0	167	182	127	13	19	8	0	0	0	148	113	117	2	2	2
Guaviare	118	90	89	1	1	0	496	473	381	52	22	43	4	12	4	401	302	313	0	1	0
Huila	1	0	1	3	1	3	6032	9548	4608	309	392	244	47	74	92	5015	4828	4011	21	19	21
La Guajira	5	4	5	3	2	1	21095	14384	17875	398	444	307	66	40	94	3538	3595	2913	18	41	18
Magdalena	1	1	1	1	0	1	13022	7557	10202	280	198	244	2	22	3	3638	3168	2889	11	14	11
Meta	202	40	164	3	0	2	6834	5480	5332	225	201	186	27	82	45	4631	4453	3779	16	15	16
Nariño	295	831	210	12	2	8	14175	13318	11625	825	447	698	7	35	11	4755	5779	3873	17	21	17
Norte de Santander	78	120	63	13	5	6	17334	13714	13433	1106	779	850	104	109	161	6184	5450	4865	15	21	15
Putumayo	15	6	11	2	1	1	3165	2203	2687	109	99	97	7	7	8	1670	1095	1450	4	7	4
Quindío	1	2	1	3	0	3	5534	5937	4294	305	271	244	67	75	110	3273	3127	2497	9	7	9
Risaralda	192	253	142	12	5	8	11565	8986	9205	403	294	318	47	63	70	4162	4083	3266	9	11	9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	456	573	383	76	35	64	0	0	0	185	286	155	1	1	1
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	0	0	5650	4082	4045	487	177	227	294	156	338	1988	1195	1575	6	9	6
Santander	4	1	3	13	9	6	23077	13648	18716	1620	974	1285	217	350	339	10993	7685	9209	20	22	20
Sucre	12	5	9	5	5	2	9661	6820	7470	874	428	686	114	209	182	2328	2365	1759	10	20	10
Tolima	0	0	0	5	3	2	13218	12022	10215	1113	437	839	49	72	78	6486	5446	5042	14	15	14
Valle del Cauca	6	7	5	5	3	3	14435	12785	10608	398	240	315	144	98	186	6695	6963	5215	16	22	16
Vaupés	141	97	549	0	0	0	266	130	217	16	6	11	0	0	0	84	68	72	0	1	0
Vichada	132	153	110	1	0	0	139	246	104	0	2	0	0	0	0	124	126	99	3	4	3
Total nacional	4.811	6.490	3.656	231	128	110	575.638	485.807	450.580	27.451	17.967	21.500	3.606	5.340	5.664	241.931	226.183	195.917	588	733	588

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 05

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	1	3	1	0	1	0
Antioquia	1	1	1	57	55	40	3	1	1	109	42	83	233	173	171	26	15	21
Arauca	0	0	0	4	1	3	0	0	0	2	0	2	5	6	4	3	3	1
Atlántico	0	0	0	9	5	6	0	0	0	1	1	0	55	39	42	1	1	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	10	8	8	0	0	0	8	1	6	68	28	50	3	0	3
Bogotá D.C.	1	1	0	118	80	90	55	1	16	99	29	70	371	308	296	53	50	44
Bolívar	1	0	1	2	4	2	0	0	0	7	1	5	37	24	32	0	1	0
Boyacá	0	0	0	12	10	11	0	0	0	10	1	8	50	34	38	13	17	8
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	2	4	2	0	0	0	1	1	1	16	28	11	4	2	3
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	11	16	9	0	0	0	7	2	5	75	90	51	9	12	8
Caquetá	0	0	0	4	3	4	0	0	0	0	1	0	34	13	33	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	2	3	0	0	0	0	21	1	15	21	31	17	0	0	0
Casanare	0	0	0	4	2	3	0	0	0	4	0	3	20	15	17	0	0	0
Cauca	0	0	0	5	8	4	0	0	0	8	1	7	15	24	12	24	29	10
Cesar	0	1	0	3	3	3	0	0	0	23	1	16	25	21	15	3	4	3
Chocó	0	0	0	1	0	1	0	0	0	15	4	12	3	2	3	2	0	2
Córdoba	0	1	0	7	10	6	0	0	0	1	0	1	56	52	45	9	3	6
Cundinamarca	0	1	0	32	21	26	22	1	8	17	7	11	176	134	130	12	13	8
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	2	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	4	5	0	0	0
Huila	3	0	0	9	13	5	2	0	0	3	3	3	29	34	20	3	6	2
La Guajira	0	0	0	2	3	1	0	0	0	14	2	11	14	16	11	1	0	1
Magdalena	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	28	13	22	0	0	0
Meta	2	0	1	1	4	1	2	0	0	12	1	9	31	31	17	4	0	4
Nariño	1	0	0	10	8	7	0	0	0	6	4	5	62	40	47	7	6	4
Norte de Santander	0	0	0	12	10	10	0	0	0	12	2	11	88	61	70	0	2	0
Putumayo	0	0	0	3	5	3	0	0	0	2	1	1	14	11	11	1	3	0
Quindío	0	0	0	4	2	3	0	0	0	5	0	3	20	22	15	4	3	3
Risaralda	0	0	0	4	4	3	0	0	0	42	1	40	37	35	26	5	1	5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	3	1	3	0	1	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	2	0	1	0	0	0	2	1	1	20	6	13	0	0	0
Santander	1	1	0	7	5	5	0	0	0	13	5	8	107	50	94	5	4	5
Sucre	0	0	0	1	5	0	0	0	0	3	4	2	27	34	25	3	1	3
Tolima	2	0	1	4	6	2	2	0	0	2	2	1	48	52	40	5	4	3
Valle del Cauca	0	1	0	8	10	4	0	0	0	0	1	0	59	61	46	2	10	0
Vaupés	0	0	0	1	0	1	0	0	0	23	0	3	0	0	0	0	1	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	2	3	0	0	0
Total nacional	12	11	4	355	361	267	86	3	25	474	118	345	1.863	1.564	1.441	202	193	148

41

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 05

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	
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	5	4	0	0	7	6	2	1	0	0
Antioquia	0	0	0	0	179	258	0	7	446	432	139	26	16	3
Arauca	0	0	0	0	28	23	0	0	15	21	5	0	0	0
Atlántico	0	0	0	0	29	35	0	1	79	68	0	0	1	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	16	18	0	0	73	65	0	0	4	1
Bogotá D.C.	0	0	0	0	306	244	0	1	428	462	0	0	1	1
Bolívar	0	0	0	0	37	59	0	1	48	41	49	20	4	4
Boyacá	0	0	0	0	48	50	0	0	88	68	22	10	0	0
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	13	10	0	0	11	7	2	2	1	1
Caldas	0	0	0	0	12	18	0	0	108	68	29	2	2	1
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	43	52	1	0	157	141	0	0	2	0
Caquetá	0	0	0	0	16	17	0	0	22	10	32	4	4	4
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	29	51	0	0	52	50	1	0	3	4
Casanare	0	0	0	0	21	20	0	0	21	21	1	0	1	1
Cauca	0	0	0	0	26	18	0	0	77	71	6	3	0	1
Cesar	0	0	0	0	63	62	0	0	56	44	15	13	0	0
Chocó	0	0	0	0	77	70	0	0	13	12	36	14	1	0
Córdoba	0	0	0	0	59	36	0	0	90	83	22	4	2	3
Cundinamarca	0	0	0	0	112	107	0	0	171	195	24	2	3	3
Guainía	0	0	0	0	7	1	0	0	2	2	2	1	0	0
Guaviare	0	0	0	0	11	7	0	0	5	5	47	7	0	0
Huila	0	0	0	0	42	45	0	2	69	71	2	1	5	5
La Guajira	0	0	0	0	178	161	0	0	24	15	5	1	0	0
Magdalena	0	0	0	0	45	47	0	0	34	15	1	0	0	0
Meta	0	0	0	0	35	36	0	4	59	41	30	1	0	0
Nariño	0	0	0	0	58	60	0	0	122	112	31	3	1	0
Norte de Santander	0	0	0	0	60	51	0	0	88	96	27	4	2	0
Putumayo	0	0	0	0	21	26	0	0	29	23	40	2	1	0
Quindío	0	0	0	0	9	6	0	0	46	35	0	0	1	0
Risaralda	0	0	0	0	41	41	0	0	96	105	12	8	2	6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	1	2	0	0	3	2	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	9	11	0	0	21	22	1	1	1	0
Santander	1	0	0	1	45	39	0	0	124	113	84	26	3	2
Sucre	0	0	0	0	23	26	0	1	41	35	18	5	1	0
Tolima	0	0	0	0	35	34	0	5	94	87	31	6	11	19
Valle del Cauca	0	0	0	0	44	63	1	1	109	88	2	1	2	2
Vaupés	0	0	0	0	7	2	0	0	7	3	5	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	25	6	0	0	3	1	6	0	0	0
Total nacional	0	0	0	1	1.815	1.816	2	23	2.937	2.736	729	168	330	374

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 05

Decremento
Incremento

	Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Antioquia	2	2	1	0	2	2	1	1	13	12	14	13
Arauca	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	1
Atlántico	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	5	1
Barranquilla D.E.	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3	4
Bogotá D.C.	3	1	0	0	3	1	0	0	15	30	11	13
Bolívar	1	0	0	1	1	1	1	1	2	1	3	5
Boyacá	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	1
Caldas	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	3
Santiago de Cali D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	5
Caquetá	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	1	2	0	0	2	0	8	8
Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	1
Cauca	1	1	1	0	0	1	0	0	3	1	1	1
Cesar	1	1	0	0	1	3	2	0	3	1	3	4
Chocó	1	1	4	1	4	2	5	2	1	0	5	1
Córdoba	1	0	0	0	1	1	1	0	4	1	3	3
Cundinamarca	1	1	0	0	1	1	0	0	7	4	4	2
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Huila	1	1	0	1	0	0	1	0	2	0	1	2
La Guajira	2	1	4	4	3	2	4	2	2	0	8	2
Magdalena	0	0	0	0	1	1	2	0	2	0	3	1
Meta	1	0	0	0	1	1	0	0	2	0	4	5
Nariño	2	0	0	0	2	0	0	0	3	1	2	3
Norte de Santander	1	0	0	0	0	0	0	0	3	8	10	1
Putumayo	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
Quindío	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Risaralda	1	0	2	1	1	2	1	0	2	0	3	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Santander	1	0	0	1	0	0	0	0	5	2	7	2
Sucre	0	1	0	1	1	0	0	0	2	1	1	2
Tolima	1	0	0	0	2	0	0	0	3	0	4	6
Valle del Cauca	0	1	0	0	1	0	0	0	4	2	2	8
Vaupés	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Vichada	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Total nacional	24	14	17	12	32	21	23	6	100	65	148	105

43

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 05

Decremento
Incremento

	Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa 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 nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	2	1	0	0	6	8	0	0	43	36
Antioquia	116	168	0	1	355	447	11	14	1851	1139
Arauca	19	18	0	0	16	14	0	0	108	96
Atlántico	33	36	0	0	47	66	2	1	198	171
Barranquilla D.E.	38	38	0	1	89	98	2	3	199	227
Bogotá D.C.	83	140	0	0	125	136	4	5	2090	1905
Bolívar	27	44	0	0	22	24	0	0	208	197
Boyacá	8	9	0	0	18	20	0	1	352	310
Buenaventura D.E.	13	18	0	0	16	18	0	0	30	16
Caldas	14	16	0	0	30	35	0	1	256	235
Santiago de Cali D.E.	40	76	0	0	138	157	5	4	589	477
Caquetá	9	11	0	0	23	37	1	1	91	93
Cartagena de Indias D.T.	29	59	0	0	44	47	0	0	120	139
Casanare	14	11	0	0	11	25	0	0	57	67
Cauca	16	27	0	0	24	37	1	2	258	241
Cesar	29	30	0	0	43	49	0	1	181	158
Chocó	21	17	0	0	20	23	0	0	36	46
Córdoba	26	28	0	0	27	40	1	0	296	256
Cundinamarca	32	45	0	0	47	79	1	3	1016	1084
Guainía	2	2	0	0	3	3	0	0	14	17
Guaviare	3	2	0	0	3	1	0	0	29	22
Huila	13	18	0	1	39	43	0	0	561	441
La Guajira	30	18	0	0	52	79	1	1	106	87
Magdalena	22	24	0	0	14	17	0	0	120	96
Meta	24	26	0	0	64	66	2	1	196	194
Nariño	21	35	0	0	16	25	0	0	346	369
Norte de Santander	45	54	0	0	71	97	1	0	312	324
Putumayo	9	3	0	0	11	6	0	0	106	120
Quindío	11	14	0	0	20	26	0	1	200	161
Risaralda	17	14	0	0	60	62	2	1	303	283
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	1	0	0	0	0	0	0	16	13
Santa Marta D.T.	12	24	0	0	24	39	1	0	54	47
Santander	37	48	0	0	104	115	2	2	527	526
Sucre	20	21	0	0	10	12	0	0	167	138
Tolima	12	25	0	0	58	67	2	1	242	240
Valle del Cauca	27	51	0	0	73	101	1	3	557	560
Vaupés	0	3	0	0	2	2	0	0	19	27
Vichada	4	3	0	0	4	2	0	0	20	12
Total nacional	945	1.178	0	3	1.726	2.123	43	46	11.873	10.570



Semana epidemiológica 05

01 al 07 de enero del 2026

TEMA CENTRAL

Vigilancia epidemiológica de las Infecciones asociadas a dispositivos en Colombia

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

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Sandra Milena Rivera Vargas. **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. **Brote 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.

45# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.05>