

¿QUÉ ENCONTRARAS EN ESTE BOLETÍN?

- * Panorama general
- * Estado de las coberturas de vacunación en Colombia
- * Contexto epidemiológico (Vacunación a lo largo del curso de vida y eventos epidemiológicos asociados)
- * Implicaciones para política pública

INTRODUCCIÓN

El presente boletín analiza el comportamiento de las coberturas de vacunación en Colombia en el 2025. Aunque el país avanzó en la modernización del esquema de vacunación con la incorporación de nuevas estrategias como la vacunación materna contra VSR y la ampliación de la vacunación contra VPH en niños [2], persisten desigualdades territoriales y por grupo poblacional que limitan el control de enfermedades inmunoprevenibles, en un contexto marcado por el aumento de casos de tosferina, fiebre amarilla e infección respiratoria aguda (IRA) [3] [4] [5].

METODOLOGÍA

El análisis de las coberturas de vacunación en Colombia durante 2025 se realizó a partir de la revisión de información presentada en espacios técnicos interinstitucionales y Mesas Técnicas de Vacunación, basada principalmente en reportes oficiales socializados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a diciembre de 2025 y consolidados en enero de 2026. Asimismo, se utilizaron proyecciones poblacionales oficiales derivadas de estimaciones del DANE.

Se analizaron indicadores de cobertura por tipo de vacuna, grupos etarios y entidades territoriales, comparándolos con las metas nacionales del PAI y el estándar internacional del 95 % propuesto por la OPS.

El análisis presenta limitaciones propias del uso de registros administrativos, incluyendo posibles inconsistencias en los denominadores poblacionales y en el registro de dosis aplicadas, lo que puede generar sobreestimaciones o subestimaciones de las coberturas. Los resultados deben interpretarse en este contexto.

COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN COLOMBIA

VACUNAS TRAZADORAS

Las vacunas trazadoras del esquema de inmunización en Colombia incluyen: Pentavalente (DPT 3a dosis), Polio (3a dosis), y SRP (Sarampión, Rubéola y Parotiditis) en primera y segunda dosis. Estas vacunas se utilizan como indicadores trazadores del desempeño del PAI, ya que permiten evaluar la oportunidad, continuidad del esquema y capacidad del sistema para garantizar esquemas completos en la población infantil.

Coberturas a nivel nacional

Entre 2019 y 2025, ninguna de las vacunas trazadoras alcanzó o superó la meta del 95 %. Todos los biológicos mostraron un descenso pronunciado durante 2020-2021, asociado a las interrupciones en la prestación de servicios, reducción de la demanda y limitaciones operativas durante la pandemia por COVID-19 y en años posteriores una recuperación parcial. Por ejemplo, la tercera dosis de pentavalente tuvo una cobertura en 2025 de 92,4 %, mayor que la observada en 2024 del 89,3 %. La primera dosis de SRP alcanzó 90,9 %, mostrando una reducción en comparación con el año precedente y el refuerzo a los 18 meses tuvo 86,3 %, lo que evidencia una recuperación parcial sin lograr aún niveles óptimos de protección poblacional.

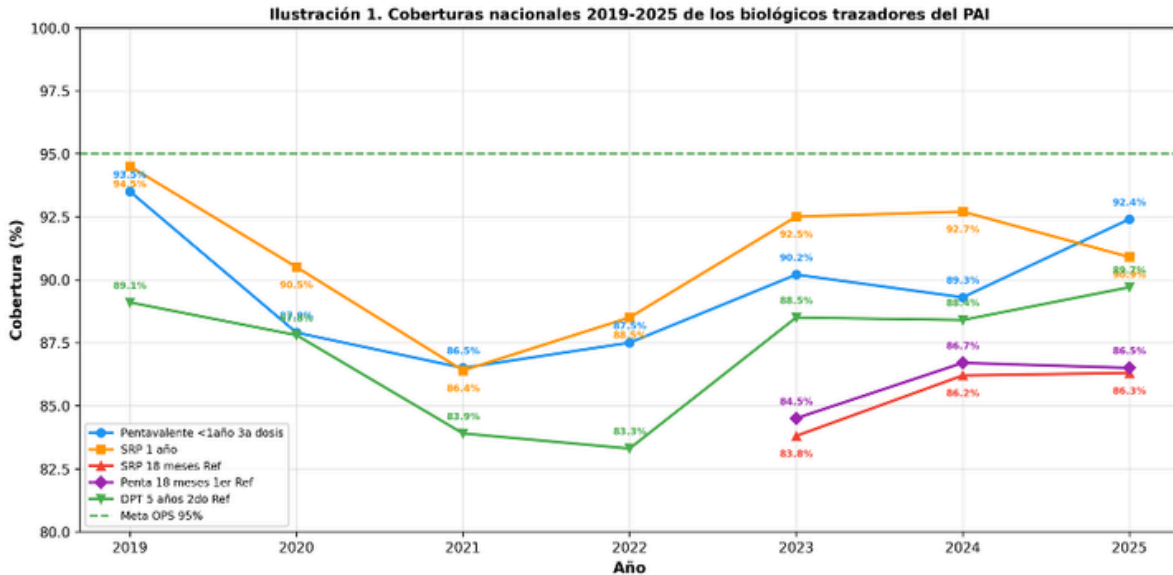
Adicionalmente, es importante señalar que ninguna dosis de refuerzo supera el 90 %, con los valores más altos en la cobertura de pentavalente a los 18 meses (86,5 %) y para la segunda dosis de DPT a los 5 años (89,7 %). La tendencia muestra un comportamiento similar en todos los biológicos trazadores, con una estabilización en 2025 respecto a 2024, pero aún alejados de la meta del 95 % evidenciando una recuperación parcial sin lograr aún niveles óptimos de protección poblacional (Tabla 1).

Tabla 1. Tabla comparativa de coberturas nacionales años 2019-2025 de los biológicos trazadores del PAI

| BIOLÓGICO | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Pentavalente <1año - 3a dosis | 93.5 | 87.9 | 86.5 | 87.5 | 90.2 | 89.3 | 92.4 |
| SRP (T.V.) 1año - U dosis | 94.5 | 90.5 | 86.4 | 88.5 | 92.5 | 92.7 | 90.9 |
| SRP (T.V.) 18 meses Refuerzo | NA | NA | NA | NA | 83.8 | 86.2 | 86.3 |
| Pentavalente 18 meses | NA | NA | NA | NA | 84.5 | 86.7 | 86.5 |
| DPT 5 años - 2do Refuerzo | 89.1 | 87.8 | 83.9 | 83.3 | 88.5 | 88.4 | 89.7 |

Elaboración propia a partir de información presentada en las Mesas Técnicas de Vacunación y reportes oficiales socializados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a diciembre de 2025 y consolidados en enero de 2026.

La **Ilustración 1** refleja esta tendencia, mostrando que en 2019 las coberturas estaban más cercanas al 95 %, seguido de un descenso marcado en los años 2021 y 2022, posiblemente por efectos asociados a la pandemia. En 2023, 2024 y 2025 se observa una estabilización, acercándonos a los valores prepandémicos, especialmente en SRP.



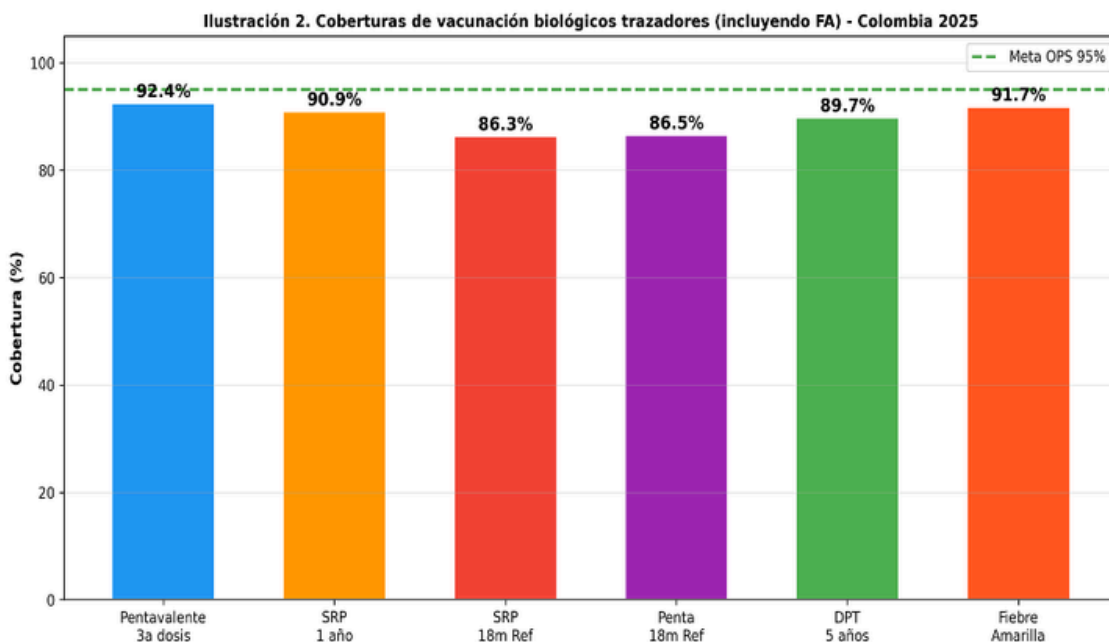
Elaboración propia a partir de información presentada en las Mesas Técnicas de Vacunación y reportes oficiales socializados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a diciembre de 2025 y consolidados en enero de 2026.

Los reforzos del esquema continúan presentando las coberturas más bajas.

Haciendo énfasis en el año 2025, se observa la inclusión de la vacuna contra la fiebre amarilla (FA) como parte del grupo de biológicos trazadores en niños de 1 año. En la Ilustración 2 se presenta un comparativo de las coberturas nacionales para 2025, incluyendo la vacuna contra la fiebre amarilla en esta población. Con excepción de SRP, que alcanza una cobertura del 90,9 %, Pentavalente tercera dosis con un 92,4 % y fiebre amarilla, con un 91,7 %, los demás biológicos se encuentran por debajo del 90 %.

La norma del PAI en Colombia establece la aplicación de una dosis única al año de edad en todo el país, una dosis única para otras edades hasta los 59 años a la población de las zonas endémicas y para el mismo grupo de edad de personas que se movilizan a dichas zonas desde los territorios no endémicos. [13]. La consideración de vacunas a mayores de 59 años y de revacunación se estableció para el control de los brotes recientes.

En la **Ilustración 2**, se presenta un comparativo de las coberturas a nivel nacional para 2025, incluyendo la vacuna contra la fiebre amarilla para niños de 1 año. Con excepción de SRP, que alcanza una cobertura del 90,9 %, Pentavalente 3ª dosis con un 92,4 % y fiebre amarilla, con un 91,7 %, los demás biológicos se encuentran por debajo del 90 %.



Ningún biológico trazador alcanzó la meta OPS del 95 % en 2025.

Elaboración propia a partir de información presentada en las Mesas Técnicas de Vacunación y reportes oficiales socializados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a diciembre de 2025 y consolidados en enero de 2026.

[1] Organización Panamericana de la Salud. (2024). Plan de Acción Regional sobre Inmunización para las Américas 2030 (RIAP 2030). Washington, D.C.: OPS. Disponible en: Plan de acción regional sobre inmunización para las Américas 2030

El análisis departamental revela que las coberturas en algunos territorios son menores en comparación con el promedio nacional. Se destacan Buenaventura y Magdalena con coberturas de BCG de 72,8 % y 74,9 % respectivamente, por debajo del promedio nacional de 94,2 %, lo cual indica una vulnerabilidad en la inmunización de la población infantil en estas regiones. Otros departamentos como Vaupés y Vichada presentan coberturas, para pentavalente en menores de un año de 79,9 % y 53 % respectivamente, muy por debajo de los niveles deseables.

Por otro lado, Barranquilla se destaca por registrar una cobertura del 96,6 % en SRP en niños de un año, seguida de Atlántico con 95,5 % y Boyacá con 94,5 %. Esta disparidad entre departamentos evidencia una brecha significativa en la equidad del acceso a los servicios de vacunación en el país, lo cual requiere acciones focalizadas para garantizar una cobertura uniforme.

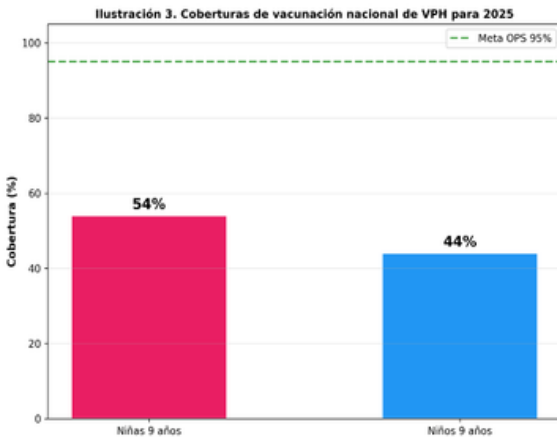
En la **Tabla 2** se puede observar la comparación de las coberturas a nivel departamental.

Tabla 2. Coberturas (%) departamentales de trazadores para 2025 (BCG, Pentavalente, SRP y DPT)

| DEPARTAMENTOS | BCG RN (hasta 29 días) + menor un año | PENTA <1año | SRP (TV) 1 año | DPT 5 años | | | | | |
|---------------|---------------------------------------|-------------|----------------|------------|--------------------|-------|------|------|------|
| AMAZONAS | 101,0 | 95,0 | 88,1 | 80,3 | CUNDINAMARCA | 96,1 | 98,5 | 93,3 | 93,0 |
| ANTIOQUIA | 99,0 | 94,2 | 91,5 | 89,0 | GUAINIA | 94,7 | 87,8 | 87,1 | 80,6 |
| ARAUCA | 98,5 | 92,1 | 88,7 | 87,7 | GUAVIARE | 97,8 | 90,0 | 90,1 | 89,2 |
| ATLÁNTICO | 97,3 | 95,8 | 95,5 | 98,0 | HUILA | 95,3 | 91,8 | 90,5 | 93,0 |
| BARRANQUILLA | 102,7 | 97,4 | 96,6 | 91,2 | LA GUAJIRA | 91,9 | 92,0 | 93,1 | 93,4 |
| BOGOTÁ D.C. | 104,9 | 99,4 | 93,6 | 84,4 | MAGDALENA | 74,9 | 86,7 | 85,4 | 90,5 |
| BOLÍVAR | 88,9 | 86,5 | 86,5 | 89,6 | META | 100,2 | 91,0 | 92,0 | 87,5 |
| BOYACA | 96,9 | 95,9 | 94,5 | 96,9 | NARIÑO | 95,4 | 92,7 | 91,2 | 93,1 |
| BUENAVENTURA | 72,8 | 61,4 | 70,2 | 66,5 | NORTE DE SANTANDER | 93,2 | 86,8 | 86,4 | 84,3 |
| CALDAS | 94,6 | 92,7 | 92,1 | 90,6 | PUTUMAYO | 87,2 | 91,9 | 89,1 | 93,6 |
| CALI | 103,4 | 93,0 | 92,3 | 94,8 | QUINDIO | 98,8 | 92,6 | 90,2 | 90,8 |
| CAQUETA | 100,1 | 93,7 | 92,8 | 89,3 | RISARALDA | 97,1 | 93,5 | 93,0 | 87,2 |
| CARTAGENA | 103,1 | 87,3 | 85,8 | 83,7 | SAN ANDRES ISLAS | 92,5 | 93,4 | 92,8 | 71,3 |
| CASANARE | 95,7 | 97,0 | 90,9 | 97,3 | SANTA MARTA | 102,1 | 84,0 | 88,8 | 79,3 |
| CAUCA | 89,2 | 88,3 | 89,1 | 91,5 | SANTANDER | 93,2 | 86,8 | 86,4 | 84,3 |
| CESAR | 93,5 | 88,0 | 86,1 | 89,1 | SUCRE | 94,5 | 86,9 | 85,1 | 93,3 |
| CHOCÓ | 92,7 | 81,1 | 88,8 | 78,9 | TOLIMA | 99,1 | 94,1 | 92,7 | 94,1 |
| CÓRDOBA | 92,5 | 90,2 | 88,1 | 92,9 | VALLE DEL CAUCA | 89,2 | 88,3 | 89,1 | 91,5 |
| | | | | | VAUPES | 93,1 | 79,9 | 86,1 | 92,1 |
| | | | | | VICHADA | 90,6 | 53,0 | 86,4 | 59,8 |

Elaboración propia a partir de información presentada en las Mesas Técnicas de Vacunación y reportes oficiales socializados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a diciembre de 2025 y consolidados en enero de 2026.

Coberturas a nivel nacional

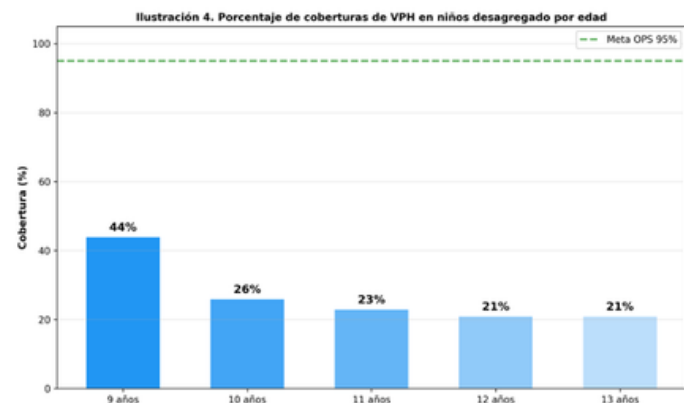


Las coberturas nacionales para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en 2025 evidencian que aún estamos lejos de la meta del 95% propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social [13]. La dosis única en niñas de 9 años alcanza un 54%. En el caso de los niños de la misma edad, la cobertura es todavía menor, con un 44%. Estos datos reflejan que, a nivel nacional, la inmunización en esta edad sigue siendo insuficiente para lograr una protección efectiva en la población objetivo, manteniendo una brecha significativa respecto a la meta del 95%, lo cual es especialmente relevante considerando su papel en la prevención del cáncer de cuello uterino y otros cánceres asociados al VPH a largo plazo. (Ilustración 3.).

Elaboración propia a partir de información presentada en las Mesas Técnicas de Vacunación y reportes oficiales socializados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a diciembre de 2025 y consolidados en enero de 2026.

[1] Organización Panamericana de la Salud. (2024). Plan de Acción Regional sobre Inmunización para las Américas 2030 (RIAP 2030). Washington, D.C.: OPS. Disponible en: Plan de acción regional sobre inmunización para las Américas 2030

En la Ilustración 4 se presentan las coberturas de vacunación contra el VPH en niños desagregadas por edad para 2025. Aunque se observan variaciones entre grupos etarios, las coberturas continúan muy por debajo de la meta del 95%, evidenciando brechas importantes en la vacunación de población masculina.



En línea con las recomendaciones de la OMS para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino, el Ministerio de Salud fortaleció desde finales de 2024 las estrategias de intensificación de vacunación en niñas, niños y adolescentes, ampliando progresivamente la vacunación contra VPH en población masculina. Sin embargo, persisten retos importantes para alcanzar coberturas óptimas en todos los grupos de edad.

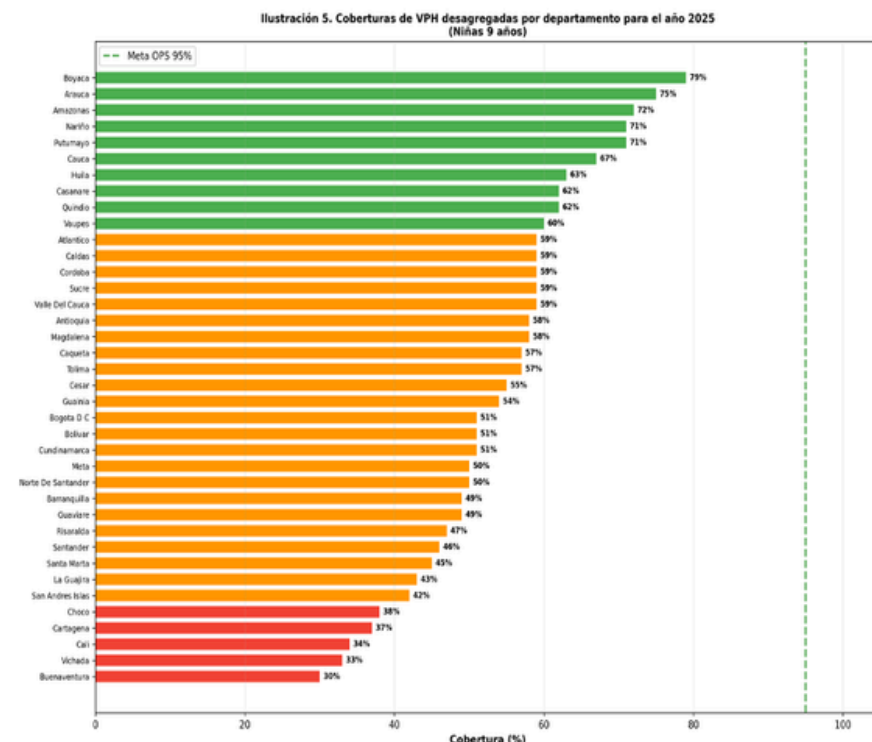
La vacunación contra VPH en niños inició en Colombia en 2024 para población de 9 años y posteriormente se amplió hasta los 17 años.

Elaboración propia a partir de información presentada en las Mesas Técnicas de Vacunación y reportes oficiales socializados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a diciembre de 2025 y consolidados en enero de 2026.

Coberturas a nivel departamental y distrital

Todas las coberturas de vacunación contra VPH a nivel departamental y distrital se encuentran por debajo del 80%. La cobertura en niñas y niños de 9 años, edad recomendada para la primera dosis en el esquema actual, evidencia importantes brechas territoriales. Boyacá presenta las coberturas más altas en niñas (79%), mientras que territorios como Buenaventura, Vichada y Cali registran algunos de los niveles más bajos, especialmente en población masculina, con coberturas inferiores al 35%.

En general, las coberturas en niños permanecen por debajo del 66%, evidenciando rezagos importantes en la ampliación de la vacunación contra VPH en población masculina.



En la Ilustración 5 evidencia importantes brechas territoriales en las coberturas de vacunación contra el VPH. Ningún departamento alcanza la meta OPS del 95%, y territorios como Buenaventura, Vichada y Cali presentan coberturas inferiores al 40%, muy por debajo de la meta esperada. Estos resultados reflejan desafíos persistentes en la captación y acceso a la vacunación contra el VPH.

En conjunto, las coberturas observadas evidencian la necesidad de rediseñar estrategias de captación y comunicación, particularmente en población escolar, para cerrar las brechas actuales y avanzar hacia el control del VPH como problema de salud pública.

Elaboración propia a partir de información presentada en las Mesas Técnicas de Vacunación y reportes oficiales socializados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a diciembre de 2025 y consolidados en enero de 2026.

[1] Organización Panamericana de la Salud. (2024). Plan de Acción Regional sobre Inmunización para las Américas 2030 (RIAP 2030). Washington, D.C.: OPS. Disponible en: Plan de acción regional sobre inmunización para las Américas 2030

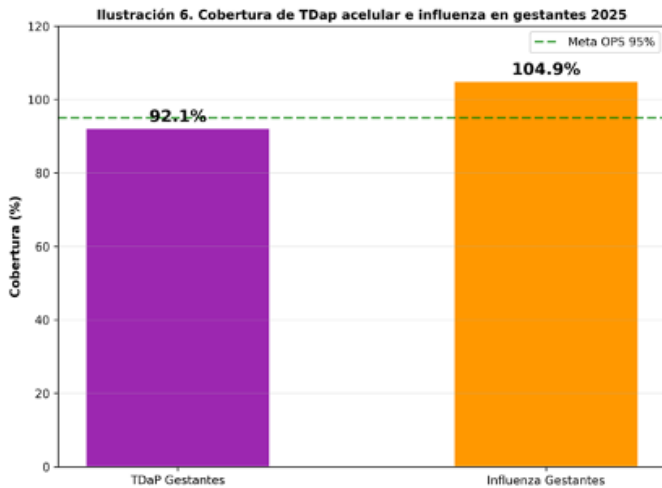
El esquema de vacunación en gestantes en Colombia incluye TDap e influenza como intervenciones clave para reducir la morbimortalidad materna y neonatal. En 2025, la incorporación de la vacunación materna contra el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) representó un avance relevante en la prevención de infecciones respiratorias agudas severas en lactantes.

Con corte a enero de 2026, se reportaron 53.647 dosis de vacuna contra VSR aplicadas en gestantes. La estrategia inició mediante un piloto en La Guajira y Chocó y posteriormente se expandió a nivel nacional, incluyendo el inicio de la vacunación en Bogotá desde octubre de 2025, fortaleciendo las estrategias de protección materno infantil durante los primeros meses de vida.

La vacunación contra influenza alcanzó el 104,9 %, superando la meta programática, mientras que TDap llegó al 92,1 %, aún por debajo del objetivo del 95 %. A nivel territorial, se observan coberturas superiores al 100 % en departamentos como Cundinamarca y Bogotá, posiblemente asociadas a imprecisiones en los denominadores poblacionales, movilidad de gestantes entre territorios o registro de dosis aplicadas a población no incluida en la proyección base.

Estas variaciones reflejan desigualdades en la captación de gestantes y en la articulación entre vacunación y control prenatal, especialmente en territorios con coberturas subóptimas.

Coberturas a nivel nacional

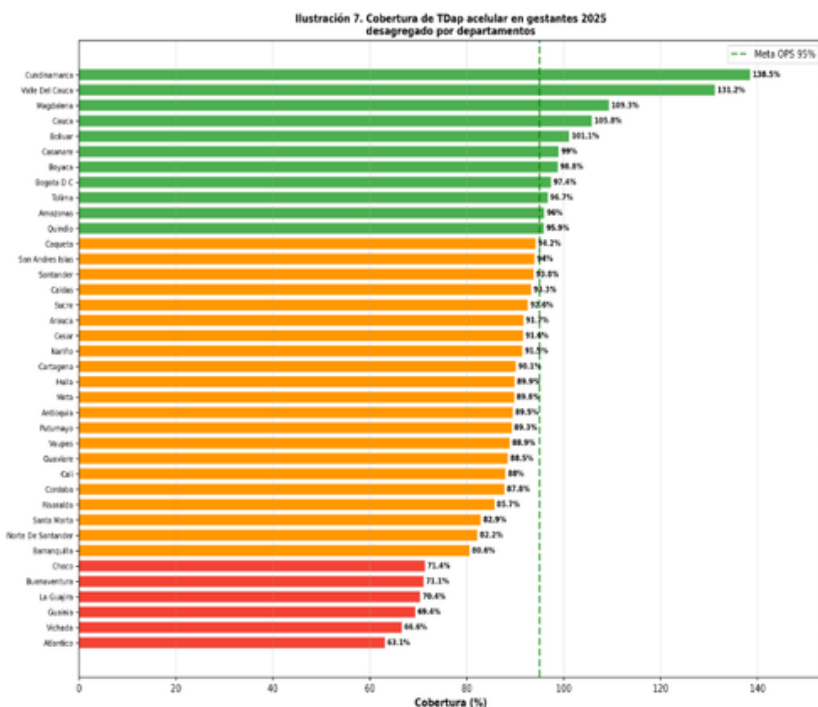


Aunque la vacunación contra influenza superó la meta programática en gestantes, la cobertura de TDap se mantuvo por debajo del 95 %, evidenciando brechas persistentes en la oportunidad y continuidad de la vacunación durante el control prenatal. Estas diferencias podrían estar asociadas, entre otros factores, a una ventana de vacunación más amplia para influenza durante la gestación.

Elaboración propia a partir de información presentada en las Mesas Técnicas de Vacunación y reportes oficiales socializados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a diciembre de 2025 y consolidados en enero de 2026.

[1] Organización Panamericana de la Salud. (2024). Plan de Acción Regional sobre Inmunización para las Américas 2030 (RIAP 2030). Washington, D.C : OPS. Disponible en : Plan de acción regional sobre inmunización para las Américas 2030

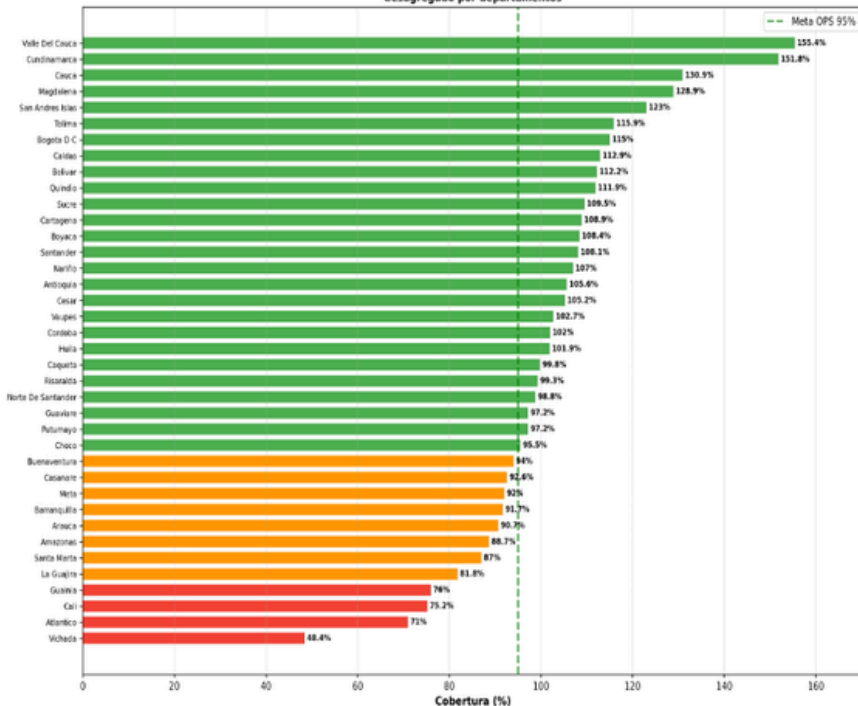
Coberturas a nivel departamental



A nivel departamental, en la Ilustración 7, se muestran las coberturas de TDap acelular en gestantes para 2025. Cundinamarca y Bogotá se destacan como los entes territoriales con mayores coberturas, alcanzando un 138,5 % y 131,2 % respectivamente. Seguidos por departamentos como Magdalena (109,3 %), Cauca (105,8 %), Bolívar (101,1 %) y Caldas (99%), que superan el 95%. En contraste, Atlántico presenta la cobertura más baja, con un 63,1 %, evidenciando importantes disparidades regionales que requieren atención focalizada para mejorar la cobertura en áreas con mayor vulnerabilidad.

Fuente: Observatorio de vacunación UniAndes – datos obtenidos de presentaciones y participación en las reuniones de las Mesas Técnicas de Vacunación organizadas por la Defensoría del Pueblo. Meta 95% establecida por la OPS[1]

[1] Organización Panamericana de la Salud. (2024). Plan de Acción Regional sobre Inmunización para las Américas 2030 (RIAP 2030). Washington, D.C : OPS. Disponible en : Plan de acción regional sobre inmunización para las Américas 2030

Ilustración 8. Cobertura de Influenza en gestantes 2025
desagregado por departamentos

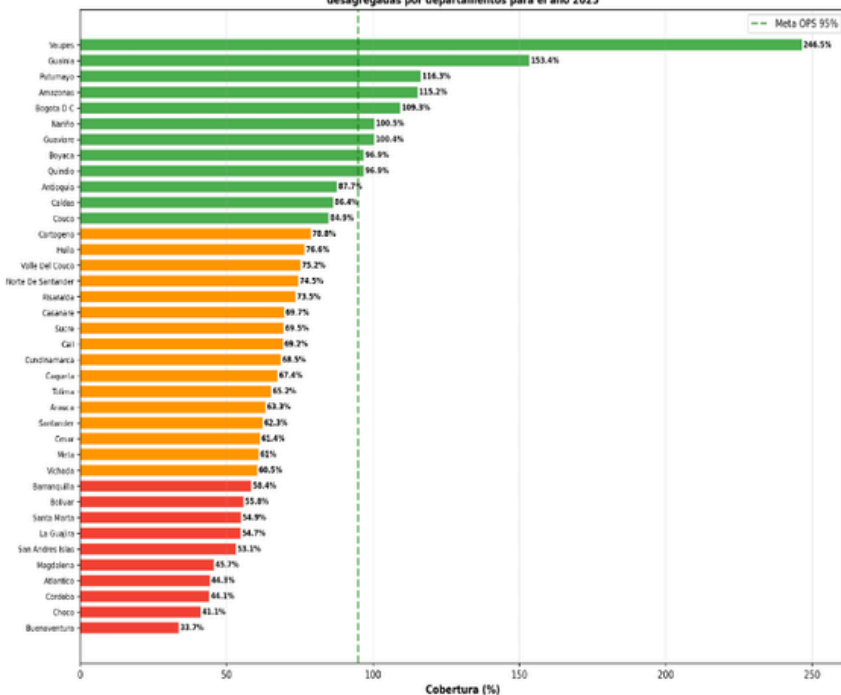
Elaboración propia a partir de información presentada en las Mesas Técnicas de Vacunación y reportes oficiales socializados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a diciembre de 2025 y consolidados en enero de 2026.

[1] Organización Panamericana de la Salud. (2024). Plan de Acción Regional sobre Inmunización para las Américas 2030 (RIAP 2030). Washington, D.C.: OPS. Disponible en: Plan de acción regional sobre inmunización para las Américas 2030

ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS

La vacunación del adulto mayor en Colombia se limita principalmente a la priorización de la vacunación contra influenza estacional, cuya meta programática corresponde al 30 % de la población mayor de 60 años. Bogotá incluye la vacuna de polisacáridos contra neumococo, mientras que el sector privado ofrece vacunas conjugadas contra neumococo y herpes zóster; sin embargo, no se dispone de información consolidada sobre estas dosis, dado que no hacen parte del esquema oficial ni son registradas de manera rutinaria en el sistema de información.

En este contexto, los resultados de vacunación contra influenza en adultos mayores deben interpretarse como cumplimiento de meta programática y no como cobertura poblacional total. A nivel nacional, el cumplimiento alcanzó el 81,6 % en 2025, evidenciando brechas importantes entre entidades territoriales

Ilustración 9. Porcentaje de cumplimiento de influenza en mayores de 60 años
desagregados por departamentos para el año 2025

Fuente: Observatorio de vacunación UniAndes – datos obtenidos de presentaciones y participación en las reuniones de las Mesas Técnicas de Vacunación organizadas por la Defensoría del Pueblo. Meta 95% establecida por la OPS[1]

[1] Organización Panamericana de la Salud. (2024). Plan de Acción Regional sobre Inmunización para las Américas 2030 (RIAP 2030). Washington, D.C.: OPS. Disponible en: Plan de acción regional sobre inmunización para las Américas 2030

En el caso de la vacuna contra influenza, ciudades como Valle del Cauca, Cundinamarca y Cauca superan ampliamente el 100 %, resultado atribuible a una mayor cantidad de dosis aplicadas en comparación con la población estimada, lo cual puede evidenciar errores en registros o campañas muy intensivas en estas regiones.

La Ilustración 8. Confirma estas disparidades entre los entes territoriales que superaron ampliamente la meta, muy por encima del 100% de cobertura (como Bogotá), mientras que otros departamentos como Vichada y Atlántico evidencian porcentajes inferiores al 75 %.

Los departamentos que muestran los porcentajes de cumplimiento más bajos son Buenaventura, Chocó y Córdoba, oscilando entre el 34 % y el 44 %, evidenciando una necesidad urgente de fortalecer las campañas de vacunación en el adulto mayor en estas regiones.

La Ilustración 9, detalla estas disparidades, mostrando que solo aproximadamente una cuarta parte de los departamentos supera el 90 % de cumplimiento, mientras que más del 50 % se encuentran por debajo del 80 %, y alrededor del 20 % presentan un cumplimiento por debajo del 60 %.

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO 2025

INFECCIÓN AGUDA RESPIRATORIA (IRA)

Durante 2025, Colombia mantuvo una alta carga de infección respiratoria aguda (IRA), especialmente en consulta externa, hospitalización general e ingresos a UCI. Departamentos como Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca concentraron la mayor carga de morbilidad respiratoria.

De manera preliminar, durante las semanas epidemiológicas 1 a 4 de 2026 se registraron 467.115 atenciones por IRA, lo que representa una disminución del 3,3 % frente al mismo periodo de 2025 (483.350 atenciones), aunque manteniendo una tendencia de vigilancia activa [6].

Es fundamental destacar que la prevención de IRA severa depende en gran medida de las coberturas de vacunas como pentavalente, neumococo e influenza. Aunque las coberturas nacionales en menores de un año mostraron una recuperación respecto a 2024, persisten niveles subóptimos que favorecen una acumulación de susceptibles y mantienen la circulación de agentes asociados a IRA en población pediátrica.

Virus Sincitial Respiratorio (VSR)

El VSR es el principal causante de bronquiolitis y de la saturación de unidades hospitalarias durante los picos respiratorios anuales, afectando críticamente a los menores de tres meses [16]. La vigilancia centinela del país muestra que el VSR circula durante todo el año en Colombia, con dos picos importantes asociados a los periodos de lluvia. Las muestras de laboratorio de casos de IRA fueron positivas para VSR en el 32 % de los casos en 2024 y en el 24 % en 2025 [16]. Se estima que el VSR es responsable de aproximadamente el 30 % de la mortalidad por IRA en niños pequeños en el mundo [16].

Para abordar esta problemática, además de la vacunación materna implementada en 2025, se están evaluando estrategias híbridas que incluyen el uso de anticuerpos monoclonales de acción prolongada (como Nirsevimab) para recién nacidos de madres no vacunadas o con condiciones especiales como prematuridad o cardiopatías [16]. Bogotá iniciará la estrategia híbrida al combinar la vacuna contra VSR con el anticuerpo monoclonal contra el VSR.

Brote de Tosferina

El año 2025 estuvo marcado por un importante brote de tos ferina (Bordetella pertussis), una enfermedad altamente contagiosa y prevenible mediante la vacuna pentavalente y los refuerzos de DPT. A la semana epidemiológica 24 de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social notificó 3.111 casos probables a nivel nacional [7]. Al cierre de 2025, el Ministerio notificó 919 casos confirmados y 16 defunciones en el país [8].

El brote afectó de manera desproporcionada a los menores de un año que no habían completado su esquema primario de vacunación. Adicionalmente, se evidenció una vulnerabilidad particular en poblaciones indígenas, que concentraron una proporción significativa de los casos y la mortalidad inicial [7].

Alerta por Fiebre Amarilla

La región de las Américas experimentó un resurgimiento de la fiebre amarilla durante 2025. En Colombia, se confirmaron 125 casos con una letalidad del 36,8 % (46 defunciones), concentrados principalmente en el departamento del Tolima, que no corresponde a una zona endémica, así como en otros territorios endémicos y no endémicos [9].

La cobertura nacional para la vacuna de fiebre amarilla (FA) en niños de un año fue de 91,7 %; sin embargo, se requiere comparar la tendencia de las coberturas entre departamentos endémicos y las demás entidades territoriales. Adicionalmente, no se dispone de información consolidada sobre las coberturas de FA en otras edades dentro de zonas endémicas, especialmente en áreas rurales. Como respuesta al brote, el Ministerio de Salud intensificó las acciones de inmunización, logrando aplicar más de 4,5 millones de dosis durante el periodo 2024-2025 [10]. La OPS ha emitido alertas epidemiológicas instando a fortalecer la vigilancia activa y garantizar la vacunación de viajeros hacia zonas endémicas [11].

El análisis de las coberturas vacunales adquiere mayor relevancia al contrastarlo con el comportamiento de los eventos epidemiológicos inmunoprevenibles durante el mismo periodo.

BOLETÍN

4

MAYO
2026

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

📈 **Tendencia de recuperación, pero aún insuficiente:** Las coberturas de 2025 muestran una mejora frente a 2024; sin embargo, ninguna de las vacunas trazadoras alcanzó la meta del 95 %.

📉 **Los refuerzos continúan siendo un serio desafío del PAI:** Las coberturas de las dosis de refuerzo permanecen por debajo de las metas nacionales, evidenciando dificultades persistentes en la continuidad de los esquemas de vacunación.

🗺️ **Persisten importantes desigualdades territoriales:** Las coberturas entre entidades territoriales no son homogéneas y presentan amplia variabilidad, especialmente en vacunación contra VPH, vacunación en gestantes, adultos mayores y dosis de refuerzo.

👶 **Fortalecer el análisis de influenza en primera infancia:** Se recomienda realizar un análisis detallado de las coberturas de vacunación contra la influenza en niños menores de un año y de un año.

👤 **Ampliar progresivamente la meta de vacunación en adultos mayores:** Se recomienda incrementar progresivamente la meta de vacunación contra influenza hasta alcanzar al menos el 75 % de los adultos mayores, con el fin de impactar la morbimortalidad asociada a IRA.

🏠 **Fortalecer las estrategias de vacunación contra el VPH:** Es necesario fortalecer las estrategias intersectoriales y la participación de docentes y padres de familia para incrementar las coberturas de VPH a corto plazo, incluyendo acciones dirigidas a captar población no escolarizada y estrategias de comunicación social.

👩 **Mejorar las estimaciones y el registro de vacunación en gestantes:** Se requiere fortalecer las estimaciones poblacionales de gestantes y asegurar el registro adecuado de las dosis según el municipio de residencia.

👶 **Optimizar la estrategia de vacunación contra VSR:** Es necesario optimizar el uso de la vacuna contra VSR para alcanzar altas coberturas en gestantes y facilitar de manera racional la implementación de estrategias híbridas con anticuerpos monoclonales de acción prolongada.

🌍 **Fortalecer el enfoque territorial e intercultural:** Las estrategias de vacunación deben ajustarse a las diferencias culturales, étnicas y territoriales, fortaleciendo la Atención Primaria en Salud, las rutas de prevención y mantenimiento según curso de vida y el trabajo de los equipos básicos territoriales extramurales.

📊 **Mejorar la calidad de los datos y sistemas de información:** Se requiere ampliar la cobertura de PAIWEB, armonizar las fuentes del DANE y el registro civil de nacimientos, y revisar las estimaciones de las poblaciones objeto del PAI.

👥 **Fortalecer la gobernanza intersectorial:** La Mesa Intersectorial de la Coalición Nacional por la Vacunación a lo Largo de la Vida se consolida como un espacio clave de articulación y gobernanza para promover respuestas sostenidas de acompañamiento al PAI.

REFERENCIAS

- [1] Organización Panamericana de la Salud. (2024). Metas para el año 2030. <https://www.paho.org/es/assa2030-objetivo-5>
- [2] Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Colombia acelera las acciones para garantizar protección masiva contra enfermedades prevenibles con vacunas. Boletín de Prensa No 157-2025. <https://www.minsalud.gov.co/CC/Noticias/2025/Paginas/colombia-acelera-las-acciones-para-garantizar-proteccion-masiva-contr-enfermedades-prevenibles-con-vacunas.aspx>
- [3] Instituto Nacional de Salud. (2026). Boletín Epidemiológico Semana 3. Infección Respiratoria Aguda (IRA). https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026_Boletin_epidemiologico_semana_3.pdf
- [4] Organización Panamericana de la Salud. (2025). Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 8 de diciembre de 2025. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-8-diciembre-2025>
- [5] Organización Panamericana de la Salud. (2025). Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas. 31 de mayo de 2025. <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-31-mayo-2025>
- [6] Instituto Nacional de Salud. (2026). Infografía de Evento - Infección Respiratoria Aguda. Período epidemiológico I - 2026.
- [7] Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). ¡Alerta por el aumento de casos de tos ferina en Colombia! Ya se han notificado 3.111 casos probables a nivel nacional. Boletín de Prensa No 083-2025. <https://www.minsalud.gov.co/CC/Noticias/2025/Paginas/Alerta-por-el-aumento-de-casos-de-tos-ferina-en-Colombia.aspx>
- [8] Organización Panamericana de la Salud. (2025). Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 8 de diciembre de 2025. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-8-diciembre-2025>
- [9] Instituto Nacional de Salud. (2026). Boletín Epidemiológico Semana 2. Fiebre amarilla. https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/2026_Boletin_epidemiologico_semana_2.pdf
- [10] Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Colombia supera los 4.5 millones de dosis aplicadas contra la fiebre amarilla desde el inicio del brote de 2024. <https://www.minsalud.gov.co/CC/Noticias/2025/Paginas/colombia-supera-los-cuareta-y-cinco-millones-de-dosis-aplicadas-contr-la-fiebre-amarilla-desde-el-inicio-del-brote-de-2024.aspx>
- [11] Organización Panamericana de la Salud. (2025). Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas. 31 de mayo de 2025. <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-31-mayo-2025>
- [12] Organización Panamericana de la Salud. (2025). Inmunización en las Américas: Resumen 2024. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/64761>
- [13] Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Esquema de vacunación. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/ficha-esquema-vacunacion-vf2.pdf>
- [14] Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Resolución 2495 de 2024: Modificación del esquema de vacunación contra COVID-19.
- [15] Secretaría de Salud de Bogotá. (2025). Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). <https://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/ProgramaAmpliadodeVacunacion-PAI.aspx>
- [16] Acta Mesa Intersectorial de la Coalición Nacional por la Vacunación a lo Largo de la Vida. (2026). Acta de la 3ra Mesa Intersectorial. Febrero de 2026. Documento interno.

CONTACTANOS

Observatorio de Epidemiología y Salud Pública José Félix Patiño
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de los Andes
salud publica@uniandes.edu.co | Tel.: [601] 3394949



<https://medicina.uniandes.edu.co>
[Instagram](#) | [X](#) | [Facebook](#) | [TikTok](#) | [YouTube](#) | [Linkedin](#)

Universidad de los Andes | Vigilada Mineducación