

Desnutrición aguda

*Vigilancia activa de la desnutrición aguda:
un enfoque para salvar vidas en menores
de 5 años.*

Semana
epidemiológica

08 al 14 de marzo del 2026

10

El Boletín Epidemiológico Semanal (BES) es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por el Instituto Nacional de Salud (INS), presentando los casos 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 sujetas 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	12
	Eventos trazadores	19
	Brotes y alertas	36
	Tablas de mando por departamento	40



TEMA CENTRAL

Vigilancia de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años, Colombia, 2025

María Camila Giraldo Vargas, mgiraldo@ins.gov.co

La desnutrición aguda en menores de cinco años, vigilada en Colombia desde 2016 (1), refleja un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético de los menores que presentan esta condición, la cual, pese a su gravedad, es prevenible. Su detección se establece mediante el indicador antropométrico peso para la talla, clasificando al niño o niña en esta condición cuando el puntaje z es menor a -2 desviaciones estándar (-2 DE). Asimismo, la presencia de edema nutricional se reconoce como un criterio adicional para diagnosticar la desnutrición aguda (2).

Un niño con desnutrición aguda refleja la pobreza y desigualdad que persisten en nuestra sociedad. Esta condición surge del consumo insuficiente de alimentos y del desequilibrio en los nutrientes necesarios para su desarrollo. La muerte por esta causa revela no solo la fragilidad del sistema de salud, sino también las fallas sociales en garantizar atención oportuna y acompañamiento integral para prevenir el hambre y sus consecuencias más críticas (3,4).

Los niños con desnutrición aguda afrontan secuelas que los marcan a lo largo de su vida: dificultades en el aprendizaje, mayor vulnerabilidad a enfermedades y limitaciones en su desarrollo integral. Al llegar a la adultez, presentan condiciones de desigualdad frente a quienes crecieron con acceso a una nutrición adecuada y mejores oportunidades (3,4).

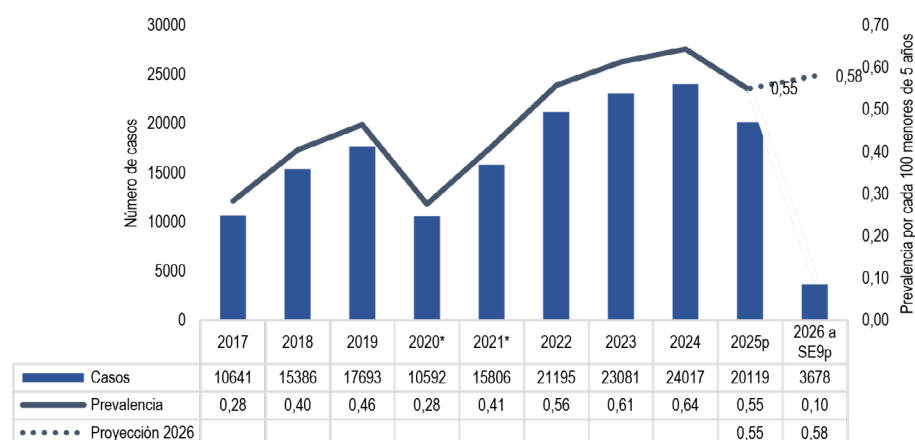
La atención y vigilancia de la desnutrición aguda es esencial para orientar acciones frente a una problemática que afecta cada año a más de 45 millones de niños en el mundo (6,9 %) y se estima que cerca del 40,0 % de las muertes en menores de cinco años están asociadas a esta condición (5,6). El análisis de la de la notificación de casos durante 2025 permite describir el comportamiento epidemiológico del evento, lo que constituye un insumo estratégico para la toma de decisiones, la planificación de intervenciones y el diseño de políticas públicas eficaces para mitigar esta problemática.

En 2026 se cumplen diez años de la vigilancia de la desnutrición aguda en menores de cinco años en Colombia. Los primeros cinco años mostraron avances en la captación y notificación de casos; sin embargo, en 2020 la pandemia de COVID-19 generó una disminución por las limitaciones en los servicios de salud. A partir de entonces, la notificación retomó un crecimiento progresivo y sostenido.

Este incremento obedece, en parte, a una vigilancia más consolidada y madura, así como al fortalecimiento de la búsqueda y captación de casos. No obstante, también puede reflejar factores estructurales, como la persistente inseguridad alimentaria y nutricional que afecta a diversos grupos poblacionales por condiciones sociales y económicas (5).

De acuerdo con datos preliminares de 2025, la desnutrición aguda en Colombia alcanza una prevalencia de 0,55 por cada 100 menores de cinco años, similar a la de 2022. Este resultado cobra relevancia al coincidir con una tendencia a la disminución de la mortalidad asociada por esta condición. En comparación al 2024, año con la prevalencia histórica más alta, se observa una disminución del 16,23 % en la notificación de casos (figura 1).

Figura 1. Prevalencia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años, Colombia, 2017 a semana epidemiológica 09 de 2026



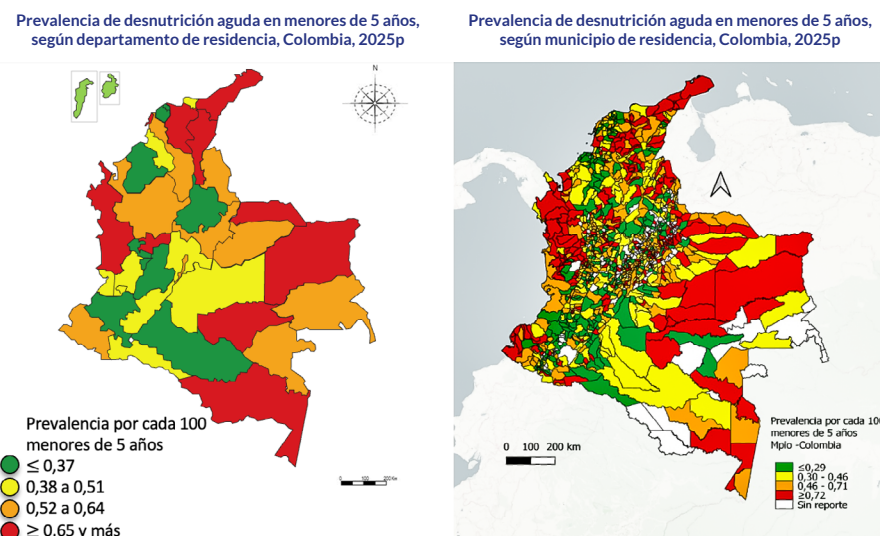
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 113, 2017-2024, 2025 y 2026 datos preliminares

En 2025, la geolocalización de los casos mostró mayores prevalencias (por cada 100 menores de 5 años) en las entidades territoriales de: La Guajira (1,56), Chocó (1,24), Vichada (1,22), Magdalena (0,83), Guaviare (0,81), Risaralda (0,75), Arauca (0,68), Cartagena de Indias (0,66), Amazonas (0,65), Vaupés (0,64) y Cesar (0,64). Muchas de estas entidades se caracterizan por una alta presencia de poblaciones indígenas y de comunidades rurales que, como se presenta más adelante son grupos con prevalencias mayores en la vigilancia del evento.

Respecto a la geolocalización en municipios de menos de 20 000 habitantes, en 2025, se observan las mayores prevalencias en: Pueblo Rico –(Risaralda) (5,45 %), Bagadó (Chocó) (5,00 %), El Carmen de Atrato (Chocó) (4,25 %), Floresta (Boyacá) (3,87 %) y Zambrano (Bolívar) (3,63 %). En municipios de 20 000 a 100 000 habitantes se dan en: Puerto Carreño (Vichada) (3,66 %),

Agustín Codazzi (Cesar) (2,57 %), Manaure (La Guajira) (2,09 %), Alto Baudó (Chocó) (1,91 %) y Riosucio (Chocó) (1,86 %). Finalmente, entre los municipios de más de 100 000 habitantes en Uribia (La Guajira) (2,56 %), Riohacha (La Guajira) (1,90 %), Maicao (La Guajira) (1,18 %), Turbo (Antioquia) (1,03 %) y San Andrés de Tumaco (Nariño) (1,01 %) (mapa 1).

Mapa 1. Comportamiento de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años por entidad territorial departamental y municipal Colombia, 2025p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 113, 2025, datos preliminares
p; información preliminar sujeta a cambios

En 2025, la desnutrición aguda presentó mayor prevalencia en hombres (56,1 %). Entre la población con pertenencia étnica, el mayor porcentaje de casos se observó en población indígena (16,6 %), en menores de un año (29,5 %) y fue mayor la prevalencia en residentes en áreas rurales (0,63 por cada 100 menores de 5 años) (tabla 1). No obstante, al comparar con 2024 se observa una disminución estadísticamente significativa en la proporción de casos en indígenas, tendencia que se observa también entre 2023 y 2024.

Frente a las características sociodemográficas por entidad territorial, la mayoría mostró mayor prevalencia en hombres; no obstante, en Chocó, Guaviare, Vaupés, Casanare, Santa Marta y Córdoba predominó en mujeres. En cuanto a la edad, los casos se concentraron principalmente en menores de 1 año y en niños de 1 año,

con excepción de Casanare, Cartagena de Indias y Córdoba, donde la prevalencia fue más alta en el grupo de 2 años de edad.

Tabla 1. Prevalencia de la desnutrición aguda moderada y severa por 100 menores de cinco años según

Entidad territorial	2024		2025p		2024	2025p	Valor p
Categoría	n	%	n	%	Prevalencia*	Prevalencia*	
Total	24017	100	20119	100	0,64	0,55	
Sexo**							
Hombres	13469	56,1	11281	56,1	0,74	0,63	0,9836
Mujeres	10548	43,9	8838	43,9	0,55	0,47	0,9836
Pertenencia étnica***							
Ninguno	17644	73,5	15495	77,0	0,68	0,60	< 0,05
Indígena	4732	19,7	3341	16,6	2,30	1,62	< 0,05
Afrocolombiano	1602	6,7	1254	6,2	0,69	0,54	0,0629
Raizal	28	0,12	21	0,10	SD	SD	0,7014
Palenquero	2	0,01	7	0,03	SD	SD	0,0525
ROM, Gitano	9	0,04	1	0,01	SD	SD	< 0,05
Edad**							
< 1 año	7450	31,0	5935	29,5	1,02	0,83	< 0,05
1 año	7056	29,4	5470	27,2	0,96	0,75	< 0,05
2 años	4251	17,7	3803	18,9	0,57	0,52	< 0,05
3 años	2922	12,2	2715	13,5	0,39	0,36	< 0,05
4 años	2338	9,7	2196	10,9	0,30	0,29	< 0,05
Área de residencia**							
Urbana	15471	64,4	13327	66,2	0,59	0,51	< 0,05
Rural	8546	35,6	6792	33,8	0,78	0,63	< 0,05

*Prevalencia por cada 100 menores de 5 años

** Los denominadores usados corresponden a proyecciones de población DANE 2025 y 2026

*** Los denominadores usados corresponden al censo poblacional DANE 2018

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 113, 2025, datos preliminares

p: información preliminar sujeta a cambios

Respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en 2024 y 2025 se mantiene un comportamiento similar: el régimen subsidiado concentra la mayor proporción de casos (72 %), seguido del régimen contributivo (24,1 %). En los casos de población no asegurada se evidencia disminución, pasando de 2,5 % en 2024 a 1,9 % en 2025.

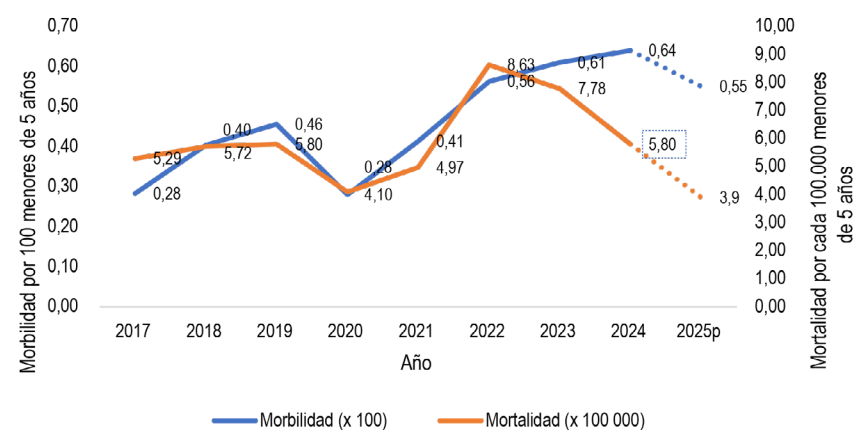
En relación con los antecedentes clínicos, se observó una reducción significativa en los casos de desnutrición aguda severa. Este hallazgo coincide con la disminución del comportamiento de signos clínicos con indicadores de

gravedad entre 2024 y 2025 como: delgadez (65,3 % vs. 63,3 %), piel reseca (29,4 % vs. 25,4 %), cambios en el cabello (22,5 % vs. 17,9 %), palidez palmar (19,8 % vs. 16,4 %) e hipo o hiperpigmentación cutánea (12,8 % vs. 10,6 %). Este resultado representa una menor severidad clínica en los casos identificados, lo cual constituye un aspecto positivo.

Respecto al indicador de reincidencia el 21,2 % de los casos correspondió a menores que volvieron a presentar desnutrición aguda tras tres meses, cifra superior al 18,5 % registrado en 2024. No obstante, este indicador comenzó a medirse a finales de 2022 y desde entonces, se ha fortalecido la búsqueda activa de casos. Por lo tanto, es esperable observar un aumento progresivo en su registro, dado que se trata de un indicador reciente dentro del sistema de vigilancia.

Finalmente, en el análisis de morbilidad por desnutrición, se identificó un aumento en la prevalencia de morbilidad junto con una reducción en la tasa de mortalidad. Este aspecto positivo, refleja una detección más oportuna de los casos y prevención de muertes por esta condición. La tendencia descendente en la tasa de mortalidad, observada desde 2023 se ha mantenido en 2024 y 2025, entre otras cosas por la implementación de las acciones de fortalecimiento de la vigilancia en salud pública (figura 2).

Figura 2. Morbimortalidad por desnutrición aguda en menores de 5 años, Colombia, 2017 a 2025p



Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 113, 2017- 2025, datos preliminares
p: información preliminar sujeta a cambios

Conclusiones

- La prevalencia nacional de desnutrición aguda moderada o severa en menores de 5 años, notificada por los servicios de salud para el 2025 en Colombia fue de 0,55 por cada 100 niños menores de cinco años.
- Las entidades territoriales con mayores prevalencias fueron La Guajira, Chocó, Vichada, Magdalena, Guaviare, Risaralda y Arauca.
- Las prevalencias más altas se observaron principalmente en población rural, sexo masculino, menores de 1 año y de 1 año, y en grupo con pertenencia étnica en la población indígena.
- La implementación de la búsqueda activa institucional (BAI) nutricional ha permitido disponer un panorama más amplio sobre el estado nutricional de la población en el país, mejorando los procesos de notificación, y aumentando la captación oportuna de casos, lo cual contribuye a la disminución de la mortalidad por desnutrición.
- La desnutrición aguda clasificada como severa mostró una disminución estadísticamente significativa de 2024 a 2025.

Recomendaciones

- Se recomienda a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD), secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, fortalecer las acciones de prevención y control orientadas a la identificación temprana de riesgo nutricionales, con el fin de reducir desenlaces fatales asociados a la desnutrición. Estas medidas incluyen la capacitación al talento humano en salud y de la comunidad en temas como lactancia materna, alimentación complementaria, porciones, grupos de alimentos, entre otros.
- Las EAPB, UPGD y entidades de salud departamental, distrital y municipal, deberán fortalecer el proceso de BAI, asegurando la aplicación de metodologías mixtas conforme a lo establecido en el protocolo del evento.
- Las secretarías de salud municipales y departamentales deberán fortalecer las estrategias de vigilancia comunitaria, orientadas a la generación de reportes ante posibles casos de desnutrición aguda, contribuyendo a la detección temprana y respuesta oportuna en salud.

- Las EAPB y UPGD deben fortalecer los enfoques de atención diferencial dirigidos a comunidades indígenas y rurales, las cuales enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud y suelen presentar manifestaciones clínicas más severas de desnutrición tipo marasmo y kwashiorkor, permaneciendo entre las poblaciones más afectados por este evento.
- El sector salud deberá mantener y fortalecer el trabajo articulado con actores interinstitucionales como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Prosperidad Social, agencias de cooperación internacional y otros aliados estratégicos, con el fin de optimizar la vigilancia, prevención e intervención frente a la desnutrición aguda moderada o severa en menores de 5 años.
- Es necesario que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), dispongan de equipos de antropometría sujetos a mantenimiento y calibración periódica, garantizando así la confiabilidad y calidad de los casos notificados.
- Las EAPB junto con entidades departamentales, distritales y municipales deben contribuir en la referenciación de la residencia, con énfasis en las comunidades indígenas y rurales, con el propósito de fortalecer el seguimiento de los casos de desnutrición en menores de 5 años notificados.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Circular 014 de 2016 [Internet]. Colombia: INS; 2016. [citado 2026 mar. 14]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Normatividad/Paginas/circulares.aspx>
2. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de desnutrición aguda en menor de 5 años, código 113. Bogotá. [Fecha de consulta: 2026 mar. 14]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Malnutrición; 2021 [Internet] [citado 2026 mar. 14]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
4. Suarez N. Implicaciones de la desnutrición en el desarrollo psicomotor de los menores de cinco años [Internet]. Revista chilena de nutrición; 2017;44 (2) [citado 2026 mar. 14]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000200002

5. FAO, FIDA, OMS, PMA, UNICEF. El Estado de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en el Mundo 2024. [Fecha de consulta: 2026 mar. 14]. Disponible en: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000160617/download/?_ga=2.259900682.148808454.1742175620-2090110039.1742175620
6. FAO, FIDA, OPS, PMA, UNICEF. Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional para América Latina y el Caribe 2024. [Fecha de consulta: 2026 mar. 14]. Disponible en: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/da86242f-519f-4980-b77a-ce79e6f0e514/content>



SITUACIÓN NACIONAL

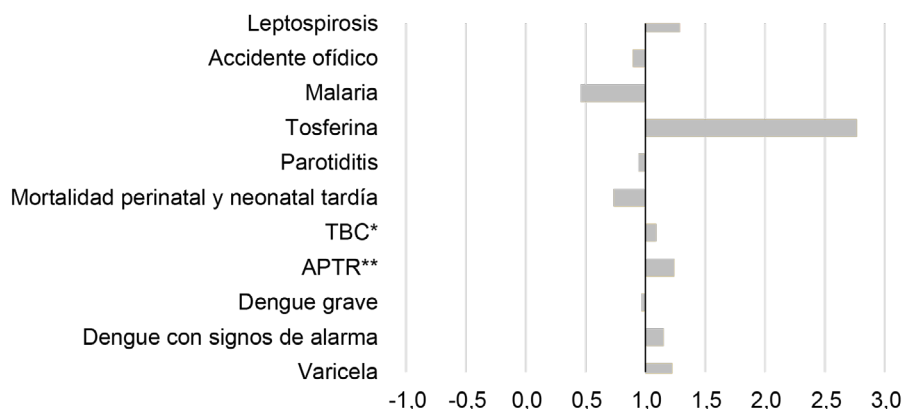
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la Semana Epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis de los eventos de dengue grave y dengue con signos de alarma, se excluye el año 2024, dado que corresponde a un periodo epidémico que podría sesgar los resultados.

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

Para la semana epidemiológica 10 de 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 10 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 dentro del comportamiento histórico de la notificación (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 10 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	34.805	35.107	-0,33	0,73

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 10 del 2026, el evento de zika y mortalidad por dengue se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento de leishmaniasis cutánea y leishmaniasis mucosa se encontró 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 10 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	9	1	0,00
Mortalidad por dengue	8	3	0,03
Leishmaniasis cutánea	11	123	0,00
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,00
Lepra	10	8	0,11
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	1	0,37
Chikunguña	2	1	0,14

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.

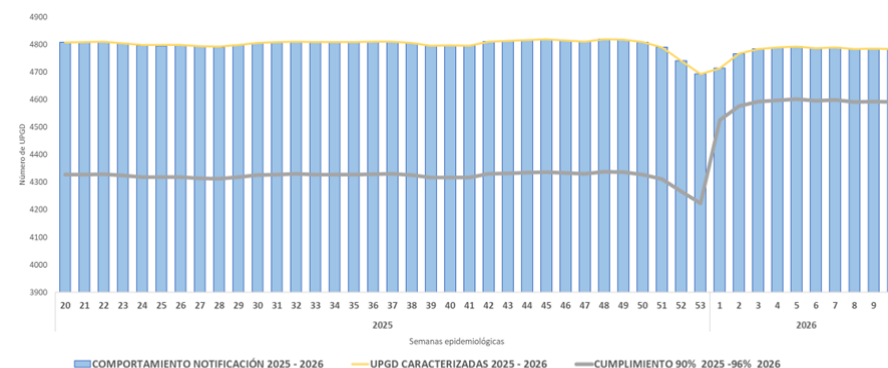
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 10 del año 2025. Para esta semana el país cumplió 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 un incremento de 3,74% respecto a la semana epidemiológica 10 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 783 / 4 783); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y un incremento de 3,09 % con respecto a la semana 10 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90%).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el periodo 2025-2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %) establecido en 4785 UPGD para la semana analizada (figura 4).

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 10 del 2026



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

Cumplimiento en la notificación de infecciones asociadas a la atención en salud

La vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en Colombia se sustenta en la notificación periódica y sistemática de las UPGD al Sivigila, como insumo fundamental para la generación de información epidemiológica válida y oportuna, con seguimiento mensual y plazo máximo de reporte establecido el segundo lunes del mes siguiente al periodo evaluado. Esta vigilancia se centra en el monitoreo sistemático de eventos trazadores, incluyendo infecciones asociadas a dispositivos (IAD), infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ), consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (CAB) y brotes de IAAS. El cumplimiento de la notificación se evalúa mediante el indicador de silencio epidemiológico, definido como la proporción de unidades que no reportan información en el periodo establecido, con una meta nacional de no superar el 10,0 %. Este indicador permite valorar la integridad, continuidad y oportunidad del flujo de datos, condicionando la sensibilidad del sistema para la detección de variaciones en el comportamiento de los eventos.

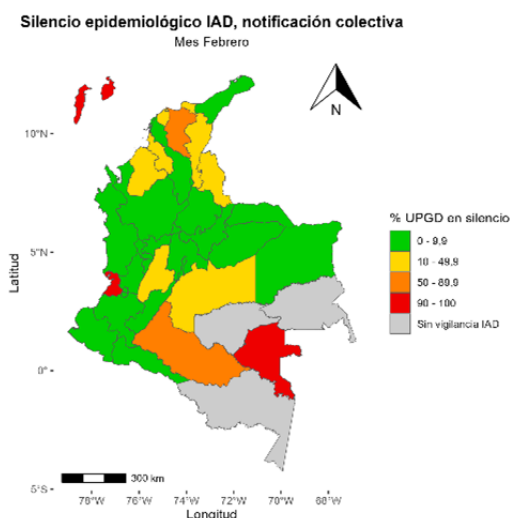
Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos

En el marco de la vigilancia de infecciones asociadas a dispositivos (IAD) en Sivigila, se caracterizaron 463 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) activas para febrero 2026; de estas, el 10,8 % (50) presentaron silencio epidemiológico, superando la meta nacional establecida para el país (<10%).

A nivel territorial, Buenaventura (1 UPGD), San Andrés y Providencia (1 UPGD), y Vaupés (1 UPGD), registraron un 100 % de silencio epidemiológico; en esta última entidad territorial, dicho comportamiento se asoció a un error en la caracterización, dado que no dispone de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) habilitada. Asimismo en Caquetá también se evidenció inconsistencias en la caracterización al incluir para la vigilancia del evento a 15 UPGD sin servicio de UCI, lo que reflejó un 88,2 % de silencio epidemiológico durante el periodo analizado, mientras que Magdalena reportó un 50,0 %, evidenciando brechas en la notificación y el cumplimiento del proceso de vigilancia.

Por otra parte, 30 entidades territoriales registraron un silencio epidemiológico inferior al 30 % de sus UPGD; de estas, Antioquia, Arauca, Bogotá D.C., Bolívar, Boyacá, Caldas, Cali, Cartagena de Indias, Casanare, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Huila, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Vichada alcanzaron un cumplimiento del 100 % en la notificación de sus UPGD mapa 2.

Mapa 2. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos, Colombia, febrero del 2026p



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, febrero de 2026
p: información preliminar a febrero de 2026

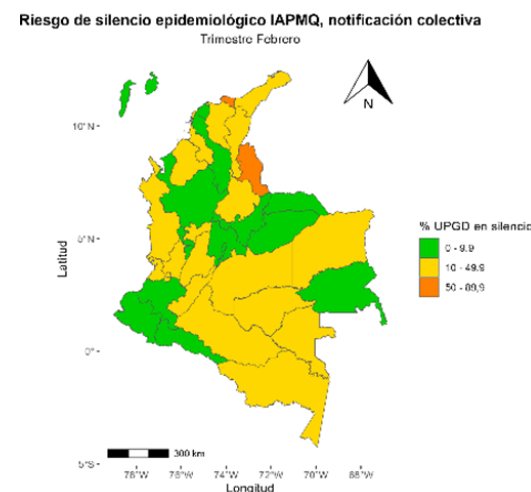
Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos

Para febrero de 2026, en el marco de la vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAPMQ) en Sivigila, se encontraban activas 1 348 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD). Del total, el 15,3 % (207) no reportaron información durante el periodo, configurando silencio epidemiológico y superando la meta nacional establecida (<10%). Esta situación pone de manifiesto debilidades en la adherencia a los procesos de notificación, por lo que se hace necesario reforzar las estrategias de seguimiento, monitoreo y asistencia técnica a las UPGD, con el propósito de asegurar la completitud, calidad y oportunidad de los datos en la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud.

A nivel territorial, Santa Marta y Norte de Santander registraron un silencio por encima del 50,0 %; Santander, Sucre, Buenaventura y Guaviare presentaron silencios entre el 30,0 % y 50 %.

Por otra parte, 32 entidades territoriales registraron silencio epidemiológico inferior al 30 % de sus UPGD; de estas, San Andres, Cauca, Bolivar, Bogotá D.C., Boyaca, Casanare, Guainia, Putumayo y Quindío alcanzaron un cumplimiento del 100 % en la notificación de sus UPGD (mapa 3).

Mapa 3. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos, Colombia, febrero del 2026p



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, febrero de 2026
p: información preliminar a febrero de 2026

Cumplimiento de la notificación consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

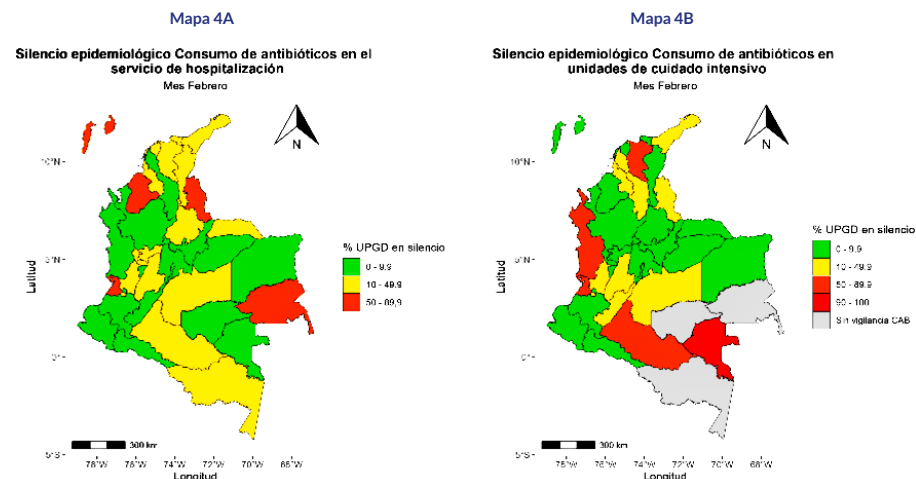
Durante febrero de 2026 la notificación del evento Consumo de Antibióticos (CAB), código 354, en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCIA) alcanzó un cumplimiento del 82,4 % (365/443 UPGD), manteniéndose dentro del umbral aceptable frente a la meta nacional (<10 % de silencio). Sin embargo, se identifican territorios con incumplimiento crítico: Vaupés presentó silencio del 100 % (1/1), Caquetá con 80 % (12/15), Buenaventura 50 % (1/2), Chocó 50 % (1/2), Magdalena 50 % (1/2).

En contraste, Bogotá, D.C., Antioquia, Arauca, Archipiélago De San Andrés, Providencia Y Santa Catalina, Atlántico, Boyacá, Caldas, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Santa Marta y Vichada cumplieron la meta. Las entidades territoriales de Amazonas, Guainía y Guaviare no reportaron UPGD activas (mapa 4A).

Para hospitalización, el cumplimiento fue de 75,7 % (837/1 105 UPGD), inferior al observado en UCIA, evidenciando mayor nivel de silencio en este servicio. Se destacan cuatro entidades con ≥ 50 % de silencio (Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Norte de Santander, Córdoba, Buenaventura y Guainía), clasificadas en riesgo alto. Por su parte, Antioquia, Bogotá, D.C., Bolívar, Boyacá, Santiago de Cali, Casanare, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Nariño, Putumayo, Quindío, Vaupés y Vichada alcanzaron la meta nacional (mapa 4B).

Se evidenció heterogeneidad territorial en el desempeño de la vigilancia, con concentración de silencios en entidades con menor capacidad operativa, lo que puede afectar la validez del análisis del consumo de antimicrobianos. Se insta a fortalecer el seguimiento a UPGD, la asistencia técnica y el monitoreo de oportunidad y calidad del dato, en cumplimiento del protocolo nacional, para reducir el silencio epidemiológico.

Mapa 4. Cumplimiento de la notificación de consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, febrero de 2026
p: información preliminar a febrero de 2026

Se recomienda a las entidades territoriales fortalecer los procesos de auditoría y control del sistema de vigilancia, mediante la actualización y depuración del censo de UPGD, la verificación de su estado operativo y el seguimiento sistemático al cumplimiento de la notificación. Estas acciones son determinantes para disminuir el silencio epidemiológico y optimizar la capacidad de detección y análisis de eventos IAAS.

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados



MORTALIDAD

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. <http://url.ins.gov.co/9130q>

A semana epidemiológica 10 del 2026, se han notificado 105 muertes probables en menores de cinco años, dos (2) casos de IRA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 103 casos notificados de residentes en Colombia, 69 fueron por infección respiratoria aguda (IRA), 14 por desnutrición (DNT) aguda y 20 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 18 fueron confirmados, 12 descartados y 73 se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 10, 2025-2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 10 2026			Casos en estudio a SE 10 2026			Tasa a SE 10 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	1	10	7	10	53	10	0.03	0.27	0.19
Antioquia	0	0	0	1	7	0	0.00	0.00	0.00
Arauca	0	0	0	0	1	0	0.00	0.00	0.00
Atlántico	0	0	0	0	2	0	0.00	0.00	0.00
Barranquilla	0	0	0	0	1	0	0.00	0.00	0.00
Bogotá, D.C.	0	0	0	0	2	0	0.00	0.00	0.00
Bolívar	0	1	0	2	3	0	0.00	0.91	0.00
Boyacá	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00
Caldas	0	0	0	0	1	0	0.00	0.00	0.00
Santiago de Cali	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00
Caquetá	0	0	0	0	1	0	0.00	0.00	0.00
Cartagena de Indias	0	1	0	0	3	0	0.00	1.34	0.00
Cauca	0	0	0	0	3	1	0.00	0.00	0.00
Cesar	0	1	0	1	2	0	0.00	0.75	0.00
Chocó	1	3	1	0	2	1	1.55	4.64	1.55
Córdoba	0	0	0	1	1	0	0.00	0.00	0.00
Cundinamarca	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00
Guainía	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00
Huila	0	0	1	0	1	0	0.00	0.00	0.95
La Guajira	0	1	2	4	3	2	0.00	0.90	1.79
Magdalena	0	2	0	0	0	0	0.00	2.23	0.00
Meta	0	1	0	0	2	0	0.00	1.17	0.00
Nariño	0	0	0	0	2	1	0.00	0.00	0.00
Norte de Santander	0	0	0	0	1	0	0.00	0.00	0.00
Putumayo	0	0	0	0	1	2	0.00	0.00	0.00
Quindío	0	0	0	0	1	0	0.00	0.00	0.00
Risaralda	0	0	1	0	6	0	0.00	0.00	1.70
San Andrés	0	0	0	0	0	1	0.00	0.00	0.00
Santander	0	0	1	0	4	0	0.00	0.00	0.66
Sucre	0	0	0	0	0	1	0.00	0.00	0.00
Tolima	0	0	0	0	1	0	0.00	0.00	0.00
Valle del Cauca	0	0	0	0	2	1	0.00	0.00	0.00
Vaupés	0	0	1	0	0	0	0.00	0.00	18.23
Vichada	0	0	0	1	0	0	0.00	0.00	0.00

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

Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.

Nota: las entidades territoriales que no registraron casos a SE 10 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 10 del 2026 se han notificado 69 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, ocho (8) confirmadas por laboratorio, dos (2) confirmadas por clínica, seis (6) descartadas, y 53 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,27 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 10 fue de 54, para una tasa de mortalidad de 1,46 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 10 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Cartagena de Indias, Risaralda y Santander, y a nivel municipal, en Sardinata y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 10 de 2026 son *Bordetella pertussis*, Enterovirus y Rhinovirus, entre otros (tabla 5).

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 10, 2025-2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Enterovirus	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2
Rhinovirus	1	1	1	0	0	3	1	0	0	1	0	2
Adenovirus	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
<i>Metapneumovirus</i>	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Virus Sincitial Respiratorio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<i>Haemophilus influenzae B</i>	3	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Influenza B	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Moraxella catarrhalis</i>	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	12	6	1	0	0	19	12	0	0	1	0	13

Fuente: Unidades de análisis, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 - 2026 (Datos preliminares).

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 10 de 2026 se ha notificado 14 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, una (1) confirmada, tres (3) descartadas y 10 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,03 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 10 fue de 30, para una tasa de mortalidad de 0,81 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 10 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Chocó y Magdalena, no hubo diferencias a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 10 de 2026 se han notificado 20 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, siete (7) confirmadas, tres (3) descartadas y 10 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,19 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 10 fue de 25 para una tasa de mortalidad de 0,68 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 10 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en las entidades territoriales departamentales ni municipales. 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 10 de 2026 se notificaron al Sivigila seis (6) casos: cinco (5) muertes maternas tempranas y una muerte materna coincidente. El país acumula 32 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 31 residen en territorio colombiano y una reside en el exterior, por lo que no se incluye en el análisis (tabla 6).

Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 10, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	45	28	13	86
2024	48	31	12	91
2025p	32	28	9	69
2026p	31	16	10	57

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 20 entidades territoriales, con mayor número de casos en Antioquia, Bogotá, D.C., Caquetá, Cundinamarca, La Guajira y Risaralda. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observó diferencia estadísticamente significativa a nivel nacional y en la entidad territorial de Caquetá, sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 7).

Al realizar análisis desagregado por nivel municipal, se presentó un caso de muerte materna temprana en El bagre (Antioquia), Arauquita (Arauca), Pueblo Rico (Caquetá), Yopal (Casanare), Paima (Cundinamarca), Fundación (Magdalena) y Ortega (Tolima); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 10 de 2026, el 51,6 % corresponde a causas directas y el 38,7 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 22,6 % (tabla 9).

Tabla 7. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 10 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 10	Acumulado de casos a SE 10	
		2025	2026
Colombia	45	32	31
Antioquia	3	3	4
Bogotá, D.C.	5	3	4
Caquetá	1	1	3
Cundinamarca	2	2	2
La Guajira	4	3	2
Risaralda	2	2	2
Arauca	1	0	1
Cartagena de Indias	1	0	1
Casanare	0	0	1
Cauca	2	0	1
Cesar	3	3	1
Chocó	1	1	1
Huila	2	0	1
Magdalena	0	0	1
Nariño	3	1	1
Quindío	1	0	1
Santa Marta	1	0	1
Sucre	0	0	1
Tolima	1	1	1
Valle del Cauca	1	1	1
Atlántico	1	0	0
Barranquilla	1	2	0
Bolívar	2	1	0
Boyacá	1	0	0
Santiago Cali	1	1	0
Córdoba	3	2	0
Guainía	0	1	0
Meta	1	0	0
Norte de Santander	2	1	0
Santander	1	2	0
Vichada	1	1	0

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

Tabla 8. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 10 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 10	Valor observado SE 10
Colombia	45	31
El Bague (Antioquia)	0	1*
Araucita (Arauca)	0	1*
Pueblo Rico (Caquetá)	0	1*
Yopal (Casanare)	0	1*
Paime (Cundinamarca)	0	1*
Fundación (Magdalena)	0	1*
Ortega (Tolima)	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 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 10 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 10	Número de casos y proporción a SE 10 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	40	48	100	32	100	31	100
DIRECTA	25	29	60,4	20	62,5	16	51,6
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	9	12	25,0	6	18,8	7	22,6
Hemorragia obstétrica	8	10	20,8	5	15,6	3	9,7
Sepsis obstétrica	3	3	6,3	3	9,4	2	6,5
Evento tromboembólico como causa básica	3	2	4,2	3	9,4	1	3,2
Otras causas directas	1	1	2,1	0	0,0	1	3,2
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	3,2
Embarazo ectópico	2	1	2,1	2	6,3	1	3,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	0	0,0	1	3,1	0	0,0
INDIRECTA	14	18	37,5	10	31,3	12	38,7
Otras causas indirectas	5	7	14,6	2	6,3	5	16,1
Otras causas indirectas: cáncer	2	2	4,2	1	3,1	3	9,7
Otras causas indirectas: neumonía	3	2	4,2	4	12,5	3	9,7
Sepsis no obstétrica	2	3	6,3	1	3,1	1	3,2
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	1	3,1	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	4,2	1	3,1	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	2,1	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	2,1	0	0,0	0	0,0
En estudio	2	1	2,1	2	6,3	3	9,7

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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 10 del 2026 se han notificado 1 160 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 154 corresponden a residentes en Colombia y seis (6) a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C., Antioquia, Cundinamarca, Santiago de Cali y Córdoba. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 10 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Bogotá, D.C., Norte de Santander, Sucre, Atlántico, Cartagena de Indias, Chocó, Magdalena, Caldas, Caquetá, Arauca y Casanare (tabla 10).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), Dosquebradas (Risaralda), Duitama (Boyacá), María La Baja (Bolívar), Gachancipá (Cundinamarca), El Rosal (Cundinamarca), San Juan de Urabá (Antioquia), San Antero (Córdoba), Isnos (Huila), Roberto Payán (Nariño), Montenegro (Quindío), Flandes (Tolima), El Cerrito (Valle del Cauca), Restrepo (Valle del Cauca), Belmira (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Tamalameque (Cesar) y Puerto López (Meta) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 41,3 %, seguido de neonatales tempranas con 28,0 %, neonatales tardías con 18,4 %, y las fetales intraparto con 12,3 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 23,2 %, seguida de prematuridad e inmadurez con el 17,7 % y de las complicaciones de la placenta, el cordón y las membranas con el 13,3 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 10 del 2026 (datos preliminares) en comparación con 2025 en causas de muerte clasificadas como 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 10. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 10 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 10	Acumulado de casos a SE 10	
		2025	2026
Colombia	1 439	1 078	1 154
Bogotá, D.C.	147	132	179
Antioquia	158	131	128
Cundinamarca	79	70	76
Santiago de Cali	57	46	43
Córdoba	72	41	43
La Guajira	77	45	42
Barranquilla	48	30	40
Cesar	51	44	38
Huila	36	21	36
Nariño	42	39	35
Valle del Cauca	42	26	35
Bolívar	43	36	34
Santander	43	32	32
Cauca	49	34	31
Meta	33	31	31
Norte de Santander	40	26	28
Sucre	37	18	28
Atlántico	49	28	27
Cartagena de Indias	49	35	27
Boyacá	26	18	26
Chocó	36	23	26
Tolima	28	19	26
Risaralda	21	14	19
Magdalena	29	29	17
Caldas	21	21	15
Quindío	12	6	15
Santa Marta	17	9	15
Buenaventura	15	15	12
Putumayo	12	8	11
Caquetá	15	10	9
Arauca	15	5	7
Casanare	17	12	7
Vichada	7	7	7
Guainía	5	3	4
Amazonas	4	5	2
Vaupés	2	2	2
San Andrés y Providencia	2	3	1
Guaviare	3	4	0

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

Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 10 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 10 2021 - 2025	Valor observado a SE 10 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	1439	1154	-
Manaure (La Guajira)	6	11	1
Tunja (Boyacá)	2	8	7
Granada (Meta)	2	8	5
Dosquebradas (Risaralda)	4	8	1
Duitama (Boyacá)	3	6	3
María La Baja (Bolívar)	2	5	5
Gachancipá (Cundinamarca)	1	4	3
El Rosal (Cundinamarca)	1	4	3
San Juan de Urabá (Antioquia)	0	3	1
San Antero (Córdoba)	1	3	3
Isnos (Huila)	1	3	6
Roberto Payán (Nariño)	0	3	3
Montenegro (Quindío)	1	3	4
Flandes (Tolima)	1	3	1
El Cerrito (Valle del Cauca)	1	3	5
Restrepo (Valle del Cauca)	1	3	4
Belmira (Antioquia)	0	2	4
Buriticá (Antioquia)	0	2	4
Tamalameque (Cesar)	0	2	1
Puerto López (Meta)	0	2	2

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 10, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 10, 2024 - 2026					
	2024 a SE 10	(%)	2025 a SE 10	(%)	2026 a SE 10	(%)
Colombia	1 188	100,0	1 078	100,0	1 154	100,0
Asfixia y causas relacionadas	307	25,8	314	29,1	268	23,2
Prematuridad-inmadurez	176	14,8	166	15,4	204	17,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	191	16,1	157	14,6	153	13,3
Sin información	0	0,0	29	2,7	98	8,5
Malformación congénita	99	8,3	91	8,4	98	8,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	152	12,8	97	9,0	96	8,3
Infecciones	99	8,3	90	8,3	85	7,4
Otras causas de muerte	81	6,8	70	6,5	69	6,0
Causas no específicas	39	3,3	28	2,6	54	4,7
Trastornos cardiovasculares	32	2,7	26	2,4	22	1,9
Lesión de causa externa	5	0,4	6	0,6	4	0,3
Convulsiones y trastornos neurológicos	7	0,6	4	0,4	3	0,3

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 10 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/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_IRA%202024.pdf

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una variación porcentual positiva 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; variaciones que no son estadísticamente significativas (variación porcentual >30 % respectivamente) (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 03 a 06 de 2026 y 07 a 10 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 03 a 06 de 2026	SE 07 a 10 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	455 163	555 026	21,94%	
Hospitalización en sala general	20 246	23 111	14,15%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 687	2 801	4,24%	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivegila 2025-2026

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 10 del 2026 se notificaron 142 103 atenciones en 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 La Guajira, Magdalena, Putumayo, Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Caquetá, Huila y San Andrés. Las 29 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 en 17 municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica 01 a 10 del 2026

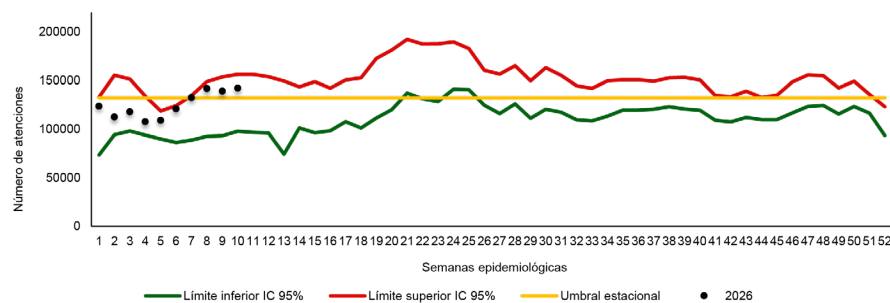
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	15 843	16 263	5 897	7 545
Antioquia	Bello	12 840	17 007	4 774	7 297
Antioquia	Itagüí	17 466	17 161	5 146	7 248
Guajira	Maicao	12 323	13 373	4 045	7 188
Cundinamarca	Soacha	12 443	12 459	4 220	5 965
Guajira	Uribia	8 969	9 766	2 611	4 602
Santander	Barrancabermeja	5 693	8 002	1 276	4 329
Cundinamarca	Chía	10 294	8 562	3 569	3 535
Antioquia	Rionegro	7 101	8 615	2 285	3 344
Antioquia	Envigado	4 813	7 663	1 868	3 060
Risaralda	Dosquebradas	6 134	5 623	1 784	2 310
Santander	Floridablanca	4 715	5 016	1 472	2 173
Valle del Cauca	Palмира	6 267	4 669	1 734	1 955
Antioquia	Apartadó	2 904	4 245	1 148	1 891
Cundinamarca	Zipaquirá	3 901	3 928	1 524	1 859
Magdalena	Ciénaga	4 571	3 900	1 510	1 728
Cundinamarca	Funza	3 079	2 905	804	1 689
Boyacá	Duitama	4 150	3 339	1 850	1 443
Cundinamarca	Girardot	3 722	3 040	1 363	1 380
Córdoba	Lorica	2 793	2 961	977	1 375
Bolívar	Magangué	2 991	3 589	1 095	1 318
Córdoba	Cereté	3 311	3 501	741	1 305
Valle del Cauca	Cartago	3 562	3 247	1 193	1 279
Cundinamarca	Madrid	2 577	2 356	993	1 261
Norte de Santander	Ocaña	3 096	2 959	1 066	1 244
Cundinamarca	Facatativá	3 609	2 378	1 583	1 223
Cesar	Aguachica	1 946	2 340	957	1 080
Boyacá	Sogamoso	3 077	2 821	1 109	1 078
Valle del Cauca	Tuluá	3 104	2 202	900	1 031
Santander	Piedecuesta	1 533	1 961	360	1 014
Casanare	Yopal	1 922	1 871	835	900
Antioquia	Turbo	2 702	2 664	806	898
Valle del Cauca	Yumbo	3 120	2 269	912	869
Córdoba	Sahagún	4 831	1 853	2 059	812
Norte de Santander	Villa del Rosario	1 584	1 586	736	788
Huila	Pitalito	2 181	1 612	917	779
Valle del Cauca	Buenaventura	1 374	1 660	648	775
Cauca	Santander de Quilichao	2 128	1 605	894	735
Santander	Girón	1 324	1 382	344	715
Atlántico	Malambo	963	1 523	403	689
Cundinamarca	Mosquera	840	1 160	522	585
Cauca	Guapi	965	847	176	318
Nariño	La Florida	152	198	31	82

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (07 a 10 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 25,2 % (140 137) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,3 % (113 004). 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 1 año con el 12,9 % y los menores de 2 a 4 años con el 12,4 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 08 de 2026, con valores que superaron el límite superior; no obstante, en la semana epidemiológica 09 y 10 se registró una disminución, situándose por debajo de dicho límite (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, histórico entre 2018 y 2025

Hospitalizaciones por IRA en sala general

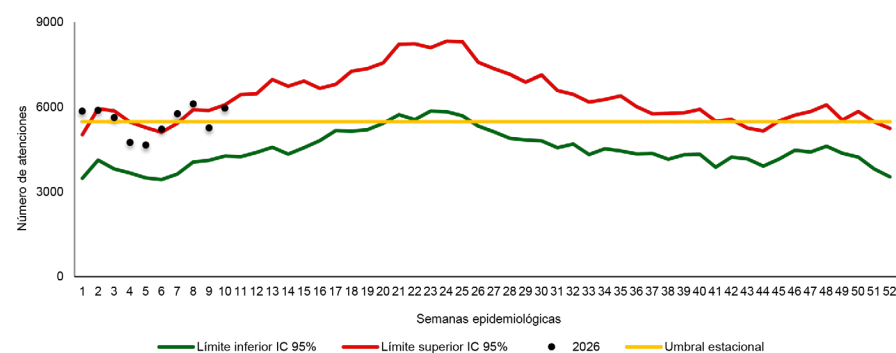
En la semana epidemiológica 10 del 2026 se notificaron 5 967 Hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cali, Chocó, Guainía y La Guajira e incremento en Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Cartagena de Indias, Córdoba, Guaviare, Norte de Santander, Risaralda, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 19 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (07 a 10 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 183) representaron el 26,7 %, seguido de los menores de 2 a 4 años con el 16,7 % (3 232). 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 1 año con 28,7 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 24,8 %.

En el canal endémico de la hospitalización por IRA en sala general, las atenciones superaron el límite superior durante las semanas epidemiológicas 06 a 08 de 2026, a partir de la semana epidemiológica 09 se registró una tendencia descendente, seguido de un incremento en la semana epidemiológica 10 (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2026

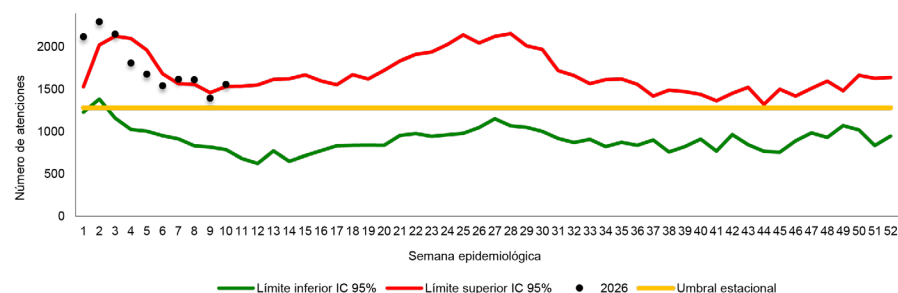


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 10 del 2026, se notificaron 1 557 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 01 a 03 de 2026 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior. Entre las semanas 04 y 06 se registró una tendencia descendente, con valores dentro de los límites esperados, no obstante, entre las semanas 07 a 10 se presentó un nuevo incremento que superó el límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 10 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

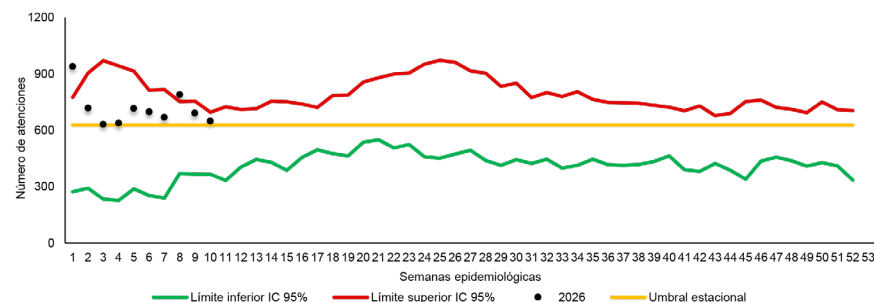
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 10 del 2026 se notificaron 649 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Atlántico, Arauca, Caldas, Santiago de Cali, Casanare, Cesar, La Guajira, Quindío y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Chocó, Magdalena, Meta y Nariño. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (07 a 10 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 34,0 % (954), seguido de los menores de 1 año con el 18,5 % (520) 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 2 a 4 años con el 25,3 % seguido de los niños de 1 año con el 24,8 %.

En el canal endémico de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 03 a 07 de 2026 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del umbral estacional, con una tendencia ascendente sostenida que alcanzó el límite superior en la semana 08, seguido de un descenso en la semana epidemiológica 09 y 10, situándose por debajo de dicho límite (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2026

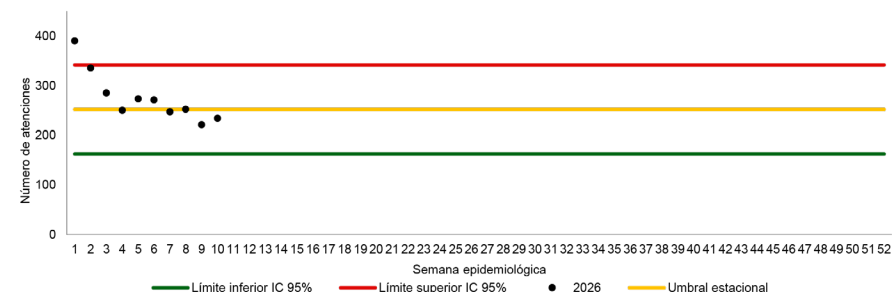


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 10 del 2026, se notificaron 235 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 se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2026; no obstante, en la semana epidemiológica 09 y 10 se registró un descenso, situándose por debajo de dicho umbral (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 10 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual positiva en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias, hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de 5 años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM se ubicaron por debajo del límite superior; no obstante, la hospitalización en sala general se ubicó por encima del límite superior en semana epidemiológica 10 de 2026.

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 marzo de 2026, se prevén precipitaciones por encima de lo normal en la mayor parte del país, con probabilidades que fluctúan entre el 50,0 % y 70,0 %, incluyendo el área insular Caribe; solo en áreas puntuales de Nariño, Vaupés y Amazonas se proyectan lluvias por debajo de lo normal, con probabilidades entre el 45,0 % y 60,0 %. Desde el punto de vista climatológico, marzo constituye un mes de transición hacia la primera temporada lluviosa del año, con aumento progresivo de las precipitaciones en la región Andina, lluvias abundantes y ligeramente mayores en la región Pacífica con respecto a febrero, e incremento gradual de sur a norte en la Amazonía y Orinoquía. Estas condiciones de alta humedad y aumento de lluvias en gran parte del territorio configuran escenarios favorables para la circulación de agentes respiratorios. 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 primer 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), con énfasis en comunidades en riesgo de inundación y poblaciones alojadas en refugios temporales.
- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de

las estrategias establecidas, realizando un monitoreo continuo con el fin de identificar comportamientos inusuales y crear acciones de mitigación; activando vigilancia intensificada en alojamientos temporales y municipios con antecedentes de afectación por eventos hidrometeorológicos.

- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permitan 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), incluyendo a las poblaciones desplazadas por inundaciones.
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas, aprovechando el contacto con los servicios de salud durante la atención en emergencias y el paso por albergues.
- Garantizar condiciones mínimas de ventilación natural en alojamientos temporales, evitando el hacinamiento y promoviendo la separación de personas con síntomas respiratorios como medida de control de fuente.
- Establecer rutas claras de atención y referencia para casos de IRA grave en poblaciones afectadas por inundaciones, priorizando niños menores de 5 años, adultos mayores, gestantes y personas con comorbilidades.
- Notificar oportunamente posibles brotes respiratorios en alojamientos temporales al INS y a las direcciones territoriales de salud, activando los protocolos de investigación y respuesta ante brotes en entornos de emergencia.
- 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, considerando el incremento de la demanda asociado a posibles eventos de inundación.
- Coordinar con las autoridades de gestión del riesgo de desastres (UNGRD, consejos territoriales de gestión del riesgo) la inclusión de la vigilancia y control de IRA en los planes de respuesta sanitaria ante inundaciones.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas continuó estabilizándose, siguiendo una tendencia descendente sostenida. La influenza A(H3N2) predominó entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina, donde cocirculo A(H1N1) pdm09 y A(H3N2) y Centroamérica con circulación e A(H1N1) pdm09. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes 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 10, 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 incremento general de la positividad con aumento para enterovirus y metapneumovirus. Al decremento Influenza A con predominio del subtipo (H1N1), 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 15). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 03 a 10 de 2026

Agente viral identificado	SE 03 a 06 de 2026			SE 07 a 10 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	55,2	61,2	46,3	56,3	61,5	38,0	
Rinovirus	16,2	15,0	13,5	18,2	18,2	10,0	
VSR	24,0	35,2	5,4	25,6	34,5	13,3	
Enterovirus	4,8	3,3	10,8	9,9	8,6	6,7	
Adenovirus	5,4	6,1	-	5,7	5,5	3,3	
Influenza B	0,3	-	-	0,9	-	3,3	
Influenza A	20,1	12,7	32,4	8,5	5,5	20,0	
Parainfluenza	7,8	9,4	13,5	11,6	14,5	10,0	
Metapneumovirus	4,5	5,6	2,7	8,2	8,2	10,0	
A(H1N1)pdm09	6,0	3,8	10,8	2,3	0,9	3,3	
SARS-CoV2	1,2	1,4	-	0,6	-	3,3	
A(H3N2)	6,0	4,2	8,1	5,7	2,7	10,0	
Coronavirus	3,9	3,3	2,7	2,8	1,4	6,7	

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

Referencias

1. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Boletín de predicción climática y recomendación sectorial. Publicación N.º 372. Bogotá D.C.: IDEAM; 2026. Febrero.

COVID-19

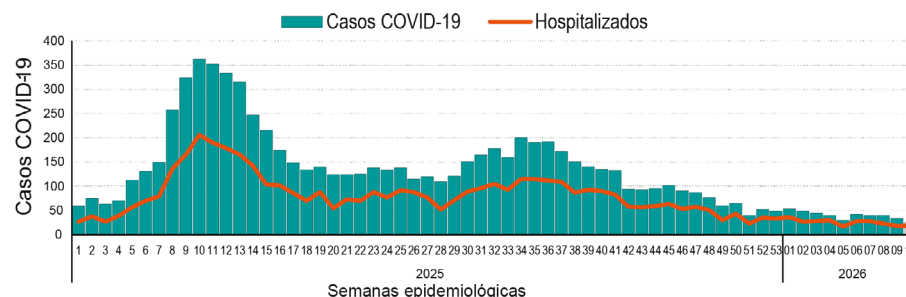
Metodología

Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 10 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 (semanas epidemiológicas 01 a 10), con corte al 14 de marzo (semana epidemiológica 10) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado a SIVIGILA un total de 396 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 07 a 10 de 2026), se observó una disminución del 11,5 %, con 138 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 03 a 06 de 2026), en el cual se reportaron 156 casos. En cuanto a las hospitalizaciones, se presentó una disminución del 14,6 %, pasando de 103 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 88 casos en el periodo analizado. En comparación con el mismo periodo del año anterior (semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2025), los casos notificados en 2026 muestran una tendencia menor, como se observa en la figura 10.

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



Fuente: SIVIGILA, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 10 de 2026
*SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 07 a 10 de 2026), se registró una incidencia de 0,2 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 22 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 50 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 03 a 06 de 2026), se observa un aumento en la notificación de casos de COVID-19 en los niveles departamental y distrital en: Sucre y Bogotá, D.C., y a nivel municipal en: Soacha (Cundinamarca) y Sincelejo (Sucre).

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 03 a 06 de 2026) y actual (semanas epidemiológicas 07 a 10 de 2026) se observa una disminución de los casos de COVID-19 en los grupos de edad de 10 a 19 años (-71,4 %), seguido del grupo de 70 a 79 años (-66,7 %). En contraste, se registró un aumento en el grupo de 50 a 59 años (71,4 %), 80 a 89 años (66,7 %), menor de un año (10,5 %) y el grupo de un año (10,0 %) (tabla 16).

Tabla 16. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (03 a 10 de 2026)

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 03 a 06 2026	SE 07-10 2026		
Menor de un año	38	42	10,5	
1 año	10	11	10,0	
2 a 4 años	21	18	-14,3	
5 a 9 años	8	8	0,0	
10 a 19 años	14	4	-71,4	
20 a 29 años	7	8	14,3	
30 a 39 años	15	8	-46,7	
40 a 49 años	8	4	-50,0	
50 a 59 años	7	12	71,4	
60 a 69 años	11	11	0,0	
70 a 79 años	12	4	-66,7	
80 a 89 años	3	5	66,7	
90 a 99 años	2	3	50,0	
Mayor de 100 años	0	0	0,0	
Total	156	138	-11,5	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia semanas epidemiológicas 03 a 10 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 10 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/buscadoreventos/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 10 del 2026 se notificaron 2 903 casos de dengue: 2 267 casos de esta semana y 636 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 23 111 casos, 14 065 (60,9 %) sin signos de alarma, 8 816 (38,1 %) con signos de alarma y 230 (1,0 %) de dengue grave.

El 62,8 % (14 520) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Cartagena de Indias, Norte de Santander, Santander, Bolívar, La Guajira, Magdalena y Tolima.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 06 a 09 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 02 a 05, 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Arauca, Bolívar, Boyacá, Casanare, Cauca, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada; mientras que, Barranquilla D. E., Chocó y Santa Marta, presentaron una tendencia al descenso superior al 30,0 %; las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

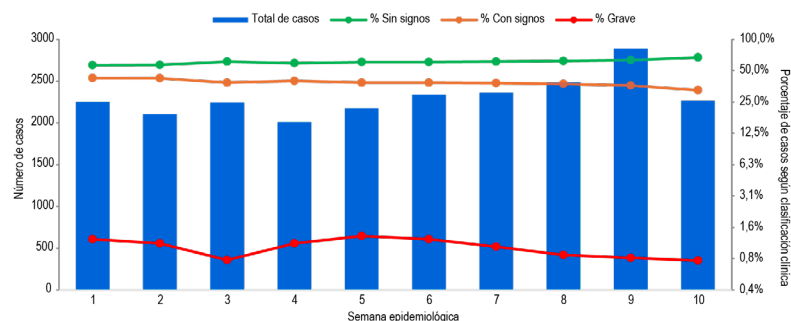
Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 10 del 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 02 - 05 2026)	Observado (SE 06-09 2026)
Meta	2 392	30,6	1,2	756	1182
Cesar	2 163	56,9	0,3	836	888
Cartagena de Indias	1 784	20,6	0,6	764	675
Norte de Santander	1 757	36,5	1,5	672	800
Santander	1 634	33,8	0,5	564	779
Bolívar	1 309	36,9	1,5	397	693
La Guajira	1 200	55,8	1,7	482	504
Magdalena	1 160	52,8	0,7	433	519
Tolima	1 121	30,2	2,2	391	522
Barranquilla	1 091	41,1	0,8	474	375
Santa Marta	1 050	39,5	0,2	490	354
Antioquia	896	36,6	0,9	368	361
Córdoba	876	42,0	0,9	309	398
Atlántico	846	46,1	1,1	335	320
Arauca	410	37,3	0,5	153	192
Valle del Cauca	379	31,7	0,8	148	161
Huila	372	37,1	3,0	91	165
Cundinamarca	368	32,9	1,1	121	147
Sucre	338	50,6	0,6	150	122
Santiago de Cali	337	32,9	0,9	129	141
Amazonas	244	11,9	0,0	85	112
Putumayo	215	15,8	1,4	41	111
Casanare	210	37,1	0,5	39	113
Guaviare	166	10,8	0,6	13	84
Chocó	156	26,3	1,3	81	45
Nariño	128	35,9	0,8	42	65
Quindío	104	24,0	1,9	38	50
Caquetá	99	51,5	4,0	34	40
Exterior	53	45,3	3,8	19	20
Cauca	52	34,6	0,0	16	26
Risaralda	45	33,3	0,0	16	23
Boyacá	35	48,6	0,0	10	16
Caldas	33	45,5	0,0	13	13
Vaupés	33	0,0	0,0	2	22
Vichada	25	24,0	0,0	5	14
Buenaventura	23	26,1	0,0	9	12
Archipiélago de San Andrés	6	16,7	0,0	0	4
Guainía	1	0,0	0,0	1	0
Total	23 111	38,1	1,0	8 527	10 068

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

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39,1 % a nivel nacional (figura 11); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 06 a 09 de 2026) fueron: Caquetá, Cesar, Magdalena y La Guajira.

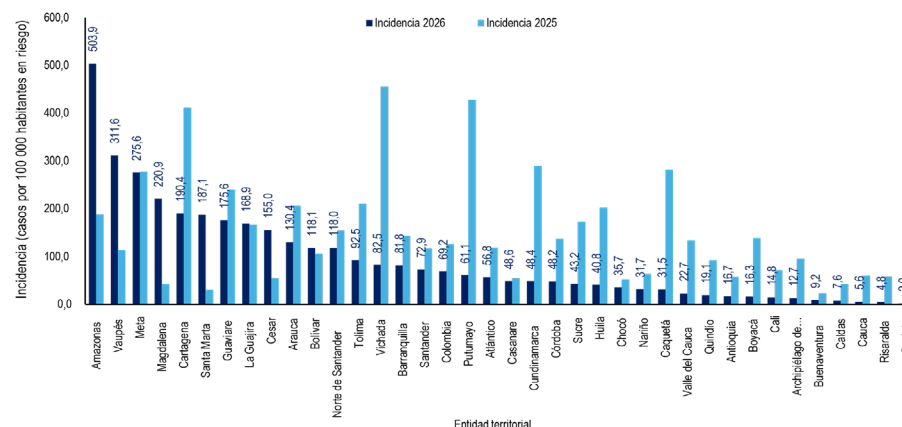
Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 10, 2026



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

A semana epidemiológica 10 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 69,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 126,5 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 Amazonas, Vaupés, Meta, Magdalena, Cartagena de Indias, Santa Marta y Guaviare, presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 10 del 2026 registrando tasas superiores a 170 casos por 100 000 habitantes (figura 12). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 142,9 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 10 del 2025 y 2026



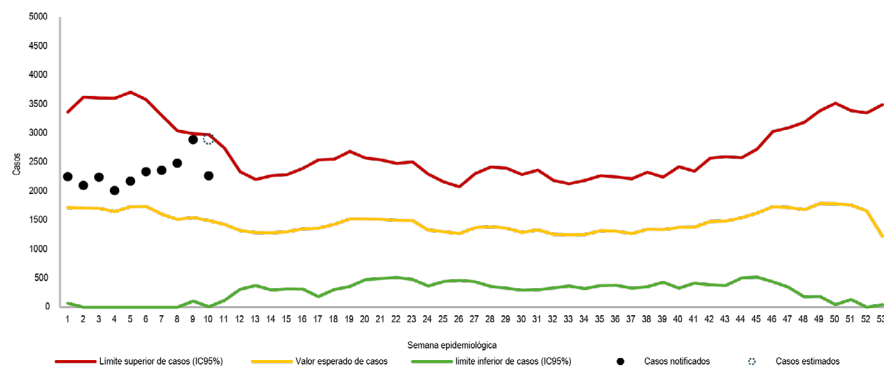
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 10 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 18,1 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 06 –a 09 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 02 a 05, 2026) (figura 13).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 43,2 % (16) está dentro de lo esperado, el 13,5 % (5) se encuentra en situación de alerta y el 43,2 % (16) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 18).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 10 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 14,7 % (121) 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 31,5 % (18/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 4).

Figura 13. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 10 del 2026



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 10 del 2026

Situación epidemiológica a SE 10, 2026	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de marzo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Amazonas	Guaviare, Meta	Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Cartagena de Indias D. T., Cesar, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta D.T. Santander, Vaupés, Vichada
Alerta	-	Quindío, Nariño	Antioquia, Córdoba, Tolima,
Dentro de lo esperado	Boyacá, Santiago de Cali, Caquetá, Guainía, Putumayo	Buenaventura, Caldas, Casanare, Cauca, Chocó, Huila, Risaralda, Valle del Cauca	Cundinamarca, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Sucre

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

Tabla 19. 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 10 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Esperado (SE 02 - 05 2026)	Observado (SE 06-09 2026)
Atlántico	Barranquilla	83.2	1091	474	375
	Sabanalarga	67.9	70	36	23
	Soledad	43.4	297	127	102
Bolívar	Cartagena	169.1	1 784	764	675
	Magangué	75.8	109	27	54
	Turbaco	124.6	145	40	77
Cesar	Valledupar	163.9	905	339	375
Córdoba	Cereté	60.0	66	16	36
La Guajira	Riohacha	200.5	420	195	139
Santa Marta	Maicao	124.9	240	88	110
Magdalena	Santa Marta	190.1	1 050	490	354
Meta	Ciénaga	190.6	243	87	125
	Villavicencio	364.6	1 859	607	901
	Cúcuta	126.0	962	334	464
Norte de Santander	Ocaña	70.0	83	31	36
Santander	Bucaramanga	82.9	513	183	244
	Barrancabermeja	114.1	245	88	112
Arauca	Arauca	58.8	59	23	29

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

A semana epidemiológica 10 del 2026, se han notificado 69 muertes probables por dengue las cuales se ha confirmado seis (6) casos, se han descartado 21 y se encuentran en estudio 42, de los cuales un (1) caso procede del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,03 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 36 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 10, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 10, 2026	Letalidad por dengue a SE 10, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	3	3	0.25	0.00
Atlántico	1	1	0.12	0.11
Magdalena	1	1	0.09	0.00
Norte de Santander	1	1	0.06	0.04
Meta	0	5	0.00	0.12
Santander	0	4	0.00	0.08
Tolima	0	4	0.00	0.04
Antioquia	0	2	0.00	0.13
Cesar	0	2	0.00	0.00
Córdoba	0	2	0.00	0.12
Huila	0	2	0.00	0.11
Putumayo	0	2	0.00	0.00
Quindío	0	2	0.00	0.00
Valle del Cauca	0	2	0.00	0.00
Arauca	0	1	0.00	0.15
Bolívar	0	1	0.00	0.17
Cali	0	1	0.00	0.12
Caquetá	0	1	0.00	0.00
Cartagena	0	1	0.00	0.10
Casanare	0	1	0.00	0.00
Chocó	0	1	0.00	0.00
Sucre	0	1	0.00	0.07
Colombia	6	41	0,03	0,09

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

*No se incluyen en esta tabla los casos procedentes del exterior

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 10 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 ($> 37,5^{\circ}$ C) actual o reciente (hasta de dos semanas o 15 días previos a la consulta), procedente de área o región endémica de malaria en los últimos 15 días, cuya enfermedad se confirme por la identificación de especies de *Plasmodium* spp, mediante algún examen parasitológico como: (gota gruesa), pruebas rápidas de detección de antígeno parasitario (PDR), o en situaciones especiales, técnica molecular (PCR)¹.

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	>3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1 600 msnm. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

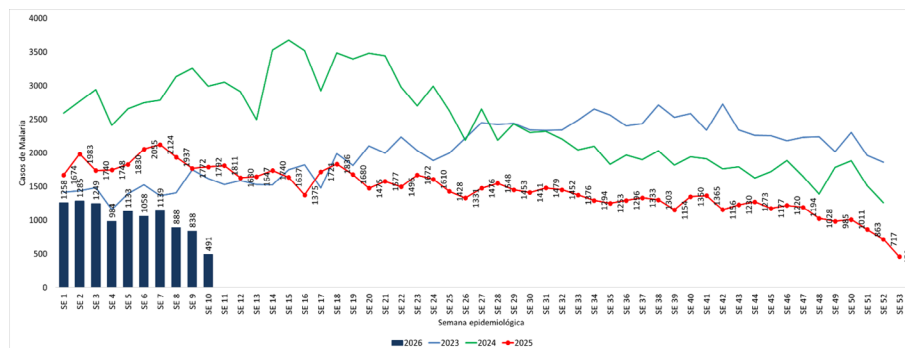
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución por malaria, como lo muestra la grafica (figura 14).

Figura 14. Comportamiento epidemiológico de la malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 10 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 10 del 2026 se notificaron 1 108 casos de malaria, para un acumulado de 10 323 casos, de los cuales 10 130 son de malaria no complicada y 193 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 78,0 % (8 051), seguido de *Plasmodium falciparum* con 21,0 % (2 163) e infección mixta con 1,1 % (109). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (25,8 %), Antioquia (16,0 %), Córdoba (9,8 %), Guainía (8,3 %), Nariño (6,4 %), Amazonas (5,4 %), Meta (3,8), Risaralda (3,8 %), Vichada (3,4 %), Bolívar (3,3 %), Vaupés (2,8 %), Guaviare (2,3 %) y Cauca (2,2 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 70,7 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 03 y 06 2026	Casos SE 07 a 10 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	763	338	234	20,12
Córdoba	Tierralta	629	308	154	6,30
Antioquia	El Bagre	383	165	144	6,80
Risaralda	Pueblo Rico	328	184	46	19,54
Meta	Puerto Gaitán	327	144	98	7,09
Chocó	Quibdó	309	101	120	2,14
Chocó	Lloró	302	119	92	28,46
Chocó	Bagadó	290	108	103	24,49
Vaupés	Mitú	229	101	72	9,43
Vichada	Puerto Carreño	227	93	95	10,04
Amazonas	La Pedrera (CD)	212	86	50	49,84
Chocó	Istmina	204	103	66	6,03
Buenaventura	Buenaventura	194	67	88	0,60
Amazonas	Tarapacá (CD)	191	72	55	43,66
Bolívar	Montecristo	183	62	80	9,96
Chocó	Medio San Juan	173	70	56	14,71
Córdoba	Puerto Libertador	169	88	42	3,72
Chocó	Carmen del Darién	150	81	34	6,77
Antioquia	Cáceres	133	58	49	4,27
Chocó	Alto Baudó	130	52	48	4,16
Nariño	El Charco	129	50	54	5,55
Cauca	Guapi	124	55	39	4,20
Antioquia	Turbo	124	52	41	0,92
Antioquia	Nechí	119	38	57	4,27
Guaviare	San José del Guaviare	118	44	39	1,87
Nariño	Olaya Herrera	116	42	44	4,38
Norte de Santander	Tibú	113	52	26	1,82
Vichada	Cumaribo	107	46	44	1,23
Chocó	El Cantón del San Pablo	105	40	39	15,20
Chocó	Río Quito	104	42	45	11,36
Chocó	Juradó	103	61	13	13,67
Antioquia	Chigorodó	96	40	38	1,54
Chocó	Bajo Baudó	96	30	36	2,83
Chocó	Tadó	94	30	36	4,66
Antioquia	Mutatá	91	39	32	6,05

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 70,7% de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 50,8 % de los casos. En comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, El Bagre, Pueblo Rico, Puerto Gaitán, Bagadó, Mitú, Lloró, La Pedrera (CD), Puerto Libertador, Tarapacá (CD) y Carmen del Darien y en incremento el municipio de Montecristo (tabla 22). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 60,1 % En este grupo se observa en decremento en los municipios de Quibdó, Buenaventura, Inírida, Bagadó y Olaya Herrera como se muestra en la tabla 23.

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 10 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 03 a 06 2026	Casos SE 07 a 10 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	310	205	-34%	8,7%
Córdoba	Tierralta	273	143	-48%	7,1%
Antioquia	El Bagre	153	126	-18%	4,4%
Risaralda	Pueblo Rico	168	39	-77%	3,8%
Meta	Puerto Gaitán	121	77	-36%	3,4%
Chocó	Bagadó	86	74	-14%	2,8%
Vichada	Puerto Carreño	92	93	1%	2,8%
Vaupés	Mitú	98	71	-28%	2,8%
Chocó	Lloró	88	61	-31%	2,7%
Amazonas	La Pedrera (CD)	84	50	-40%	2,6%
Bolívar	Montecristo	58	80	38%	2,3%
Córdoba	Puerto Libertador	88	42	-52%	2,1%
Amazonas	Tarapacá (CD)	53	46	-13%	2,0%
Chocó	Carmen del Darien	69	32	-54%	1,7%
Chocó	Quibdó	54	49	-9%	1,7%

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 10 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 03 a 06 2026	Casos SE 07 a 10 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	45	69	53%	8,0%
Buenaventura	Buenaventura	44	57	30%	5,9%
Cauca	Guapi	50	35	-30%	5,3%
Nariño	El Charco	45	46	2%	5,3%
Chocó	Istmina	60	29	-52%	4,8%
Chocó	Lloró	30	23	-23%	3,6%
Cauca	Timbiquí	43	25	-42%	3,6%
Guainía	Inírida	25	28	12%	3,4%
Chocó	Río Quito	28	31	11%	3,4%
Chocó	Medio San Juan	32	20	-38%	3,3%
Chocó	Bagadó	22	27	23%	3,1%
Córdoba	Tierralta	34	10	-71%	2,9%
Meta	Puerto Gaitán	22	21	-5%	2,8%
Nariño	Magüi	23	14	-39%	2,6%
Nariño	Olaya Herrera	16	22	38%	2,2%

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 10 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran ocho departamentos en situación de incremento y seis departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 31 municipios en incremento y 76 municipios en decremento (tabla 24)

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 10 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 10 2025	Acumulado 2026	SE 10 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	366	21	196	9	26	56
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	92	2	0	14
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	22	5	214	3	25	50
Antioquia	Cáceres	4	96	17	134	15	43	49
Antioquia	Nechí	5	218	21	119	9	21	57
Antioquia	Yondó	4	14	0	29	2	2	10
Arauca	Saravena	4	154	9	38	2	0	14
Arauca	Arauquita	4	12	4	6	2	1	4
Arauca	Fortul	4	8	1	12	1	0	5
Bolívar	Achí	4	5	1	15	1	3	7
Bolívar	Montecristo	5	218	12	195	13	50	82
Boyacá	Cubará	4	254	36	59	5	0	21
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	6	0	18	1	1	6
Caquetá	Puerto Rico	4	1	0	3	0	0	3
Caquetá	Florencia	4	92	18	31	1	1	12
Casanare	Maní	3	0	0	8	0	0	7
Cauca	Puerto Tejada	4	0	0	2	0	0	2
Chocó	Belén de Bajirá	5	35	1	95	5	14	44
Chocó	Istmina	5	227	20	206	15	59	66
Córdoba	Tuchín	4	18	3	28	0	3	10
Guainía	Barrancominas	4	16	2	57	0	12	38
Guaviare	Calamar	4	24	3	46	0	11	16
Meta	Puerto Concordia	4	10	3	13	1	3	7
Meta	Puerto Rico	4	27	4	10	0	2	5
Meta	Puerto Gaitán	4	14	1	334	8	15	101
Meta	Puerto López	4	34	4	5	1	0	4
Meta	Villavicencio	4	10	2	16	1	1	4
Nariño	La Tola	5	79	10	60	9	30	36
Putumayo	Puerto Leguizamo	4	7	0	23	0	2	8
Risaralda	La Virginia	4	27	0	16	0	0	3
Vichada	Puerto Carreño	4	76	5	233	10	10	98

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

Tos ferina

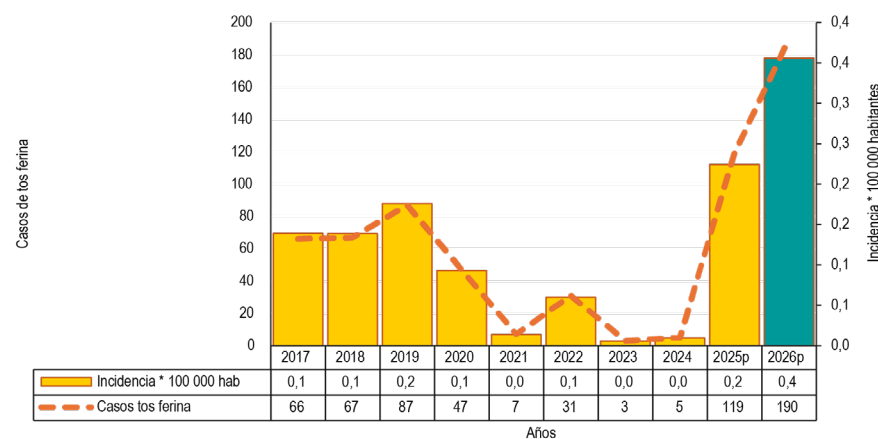
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 09 de 2026

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 09 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 1 107 casos probables de tos ferina; de estos, el 17,3 % (191) se confirmó, de los cuales 190 corresponden a casos con procedencia de Colombia, el 54,7 % (605) corresponde a casos descartados y el 28,1 % (311) se encuentra en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante semana epidemiológica 09 es de 0,4 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 el 0,2 caso por cada 100 000 habitantes en 2025 (figura 15).

Figura 15. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 09, 2017 a 2026p

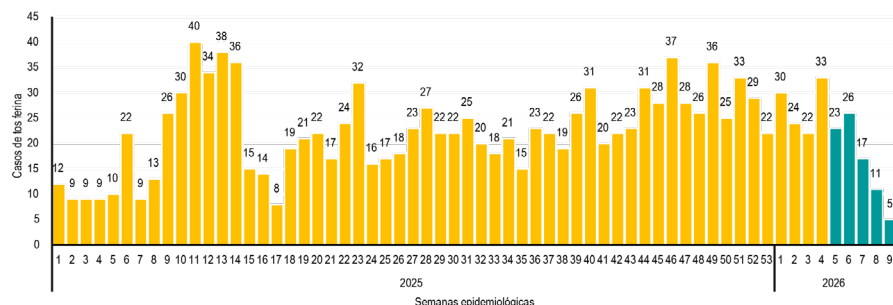


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, 2017 a 2026

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 16 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semana epidemiológica 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), 49 (36 casos) de 2025 y 04 (33 casos), 06 (26 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas se registra una reducción del 42,2 %, al pasar de 102 casos (SE 02 a 05 de 2026) a 59 casos (SE 06 a 09 de 2026). Es importante señalar que estos datos están sujetos a modificaciones debido al rezago inherente al proceso de confirmación de casos.

Figura 16. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 09 de 2026p



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 y 2026p

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 09, de 2019 a 2026p

El mayor número de casos se registró en Antioquia con 0,5 (38), Bogotá, D.C. con 0,3 (26 casos) y Cartagena de Indias con 2,8 (21).

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 2019-2026p para la misma semana epidemiológica.

Tabla 25. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia hasta la semana epidemiológica 09, (2019 a 2026p)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,4		190
Antioquia	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,6	0,5		38
Bogotá, D.C.	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3		26
Cartagena de Indias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1		21
Santander	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5		12
Norte de Santander	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,6		11
Risaralda	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,8		8
Casanare	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5		7
Chocó	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,7	1,0		6
Cesar	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4		6
Cundinamarca	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2		6
Cauca	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3		5
Santiago de Cali	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2		5
Bolívar	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3		4
Boyacá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3		4
Barranquilla	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3		4
Magdalena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3		3
La Guajira	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,3		3
Huila	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,2		3
Atlántico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2		3
Vaupés	67,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5		2
Santa Marta	0,0	0,2	0,0	0,4	0,2	0,0	0,0	0,3		2
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1		2
Valle del Cauca	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1		2
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6		1
Arauca	0,4	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4		1
Putumayo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3		1
Sucre	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1		1
Caldas	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1		1
Meta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1		1
Tolima	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1		1

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2019 a 2026p

*La incidencia de Vaupés en 2019 corresponde a un brote registrado en población indígena de ese año.

En las últimas cuatro semanas, la incidencia nacional fue de 0,1 casos por cada 100 000 habitantes (58 casos). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (06 a 09 de 2026) en: Atlántico, Caldas, Cundinamarca, Magdalena, Norte de Santander, Arauca y Casanare (tabla 26).

Tabla 26. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia, por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas 06 a 09 de 2026

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 02 a 05 de 2026)	Casos PE actual (SE 06 a 09 de 2026)	Incidencia PE anterior (SE 02 a 05 de 2026)	Casos PE actual (SE 06 a 09 de 2026)	Tendencia
Colombia	102	58	0,2	0,1	
Atlántico	0	2	0,0	0,1	
Caldas	0	1	0,0	0,1	
Cundinamarca	1	3	0,0	0,1	
Magdalena	1	2	0,0	0,2	
Norte de Santander	5	6	0,3	0,4	
Arauca	0	1	0,0	0,4	
Antioquia	22	13	0,3	0,2	
Barranquilla	3	1	0,2	0,1	
Bogotá, D.C.	13	8	0,2	0,1	
Bolívar	3	0	0,2	0,0	
Cartagena de Indias	9	6	0,9	0,6	
Boyacá	3	0	0,2	0,0	
Cauca	3	2	0,2	0,1	
Cesar	4	0	0,3	0,0	
Chocó	5	1	0,8	0,2	
Huila	2	0	0,2	0,0	
La Guajira	1	0	0,1	0,0	
Meta	1	0	0,1	0,0	
Risaralda	6	1	0,6	0,1	
Santander	6	5	0,3	0,2	
Sucre	1	0	0,1	0,0	
Tolima	1	0	0,1	0,0	
Valle del Cauca	2	0	0,1	0,0	
Sanatiago de Cali	3	1	0,1	0,0	
Putumayo	1	0	0,3	0,0	
Vichada	1	0	0,7	0,0	

*Nota: solo se incluyeron los casos con procedencia Colombia
Fuente: Sivigila 2026p

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

En la semana epidemiológica 09 de 2026 se identificaron 44 casos confirmados de tos ferina en población indígena, distribuidos en los departamentos de Santander (9), Antioquia (7), Chocó (6), Cauca (5), Risaralda y Norte de Santander (4 casos cada uno), Casanare (3), Vaupés (2) y Vichada, Cesar, Caldas y Boyacá con un caso cada uno. Los brotes en seguimiento se presentan en la tabla 27.

Tabla 27. Brotes de tos ferina en seguimiento, Colombia, 2026 datos preliminares

Entidad territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		44		
Cauca	Caldono	2	3/03/2026	14/04/2026
Santander	Cerrito	6	1/03/2026	12/04/2026
Casanare	Paz de Ariporo	4	23/02/2026	6/04/2026
Santander	Concepción	3	23/02/2026	6/04/2026
Caldas	Aranzazu	1	19/02/2026	2/04/2026
Chocó	Carmen del Darién	3	17/02/2026	31/03/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	8/02/2026	22/03/2026
Antioquia	Dabeiba	6	8/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	6/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	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
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	9/03/2026
Cesar	Agustín Codazzi	1	26/01/2026	9/03/2026
Vichada	Cumaribo	1	24/01/2026	7/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	4/03/2026
Cauca	Toribio	1	16/01/2026	27/02/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026
Vaupés	Mitú	2	6/01/2026	17/02/2026

FIS: fecha de inicio de síntomas
Celdas en gris: brotes de tos ferina que por tiempo ya cerraron

Fuente: Sivigila 2026p.



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual fiebre amarilla nacional, 17 de marzo de 2026

En 2024, se confirmaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos (letalidad 56,5 %). En 2025 se confirmaron 125 casos procedentes de Colombia y tres (3) procedentes del exterior¹ con 46 fallecimientos (letalidad 36,8 %)².

Para 2026, a corte del 17 de marzo (datos preliminares), se han notificado 390 casos probables, 30 confirmados (29 por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre 04 de enero y el 06 de marzo de 2026, todos procedentes del Tolima. Se han notificado 15 muertes probables, 11 confirmados y cuatro (4) en estudio, para una letalidad de 36,6 % (11/30).

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 178 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 10 departamentos de Colombia (Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare); adicionalmente se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela).

Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 70 casos y cuatro (4) se encuentran en estudio (letalidad del 39,3 %). Entre el 10 al 17 de marzo de 2026 se confirmaron dos (2) caso de fiebre amarilla, de procedencia Tolima en el municipio de Icononzo y Carmen de Apicalá. Respecto a las epizootias, durante 2025 y 2026 (datos preliminares) se han confirmado 84 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). El último caso se confirmó el 27 de febrero de 2026 por parte del Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud en zona rural del Granada (Meta).

Nota aclaratoria: semana epidemiológica 53 (28 de diciembre al 3 enero de 2026) y semana epidemiológica 01 (04 al 10 enero de 2026). Los casos de eventos transmitidos por vectores en la semana epidemiológica se calculan según fecha de inicio de síntomas.

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

[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 dos (2) casos en estudio.

Actualización de casos importados de sarampión nivel nacional, 18 de marzo de 2026

En 2026, se han confirmado en el país cuatro (4) casos importados de sarampión con antecedente de viaje reciente a Ciudad de México. Estos casos fueron notificados por las entidades territoriales de Bogotá, D.C. (3) y Bucaramanga (1); tres (3) de ellos corresponden al genotipo D8 y uno (1) se encuentra sin genotipificación. A la fecha, no se han identificado evidencias de transmisión secundaria, hospitalizaciones, complicaciones ni fallecimientos asociados.

Con corte al 17 de marzo de 2026, se han notificado 374 casos sospechosos, de los cuales 196 han sido descartados y 4 confirmados mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. Actualmente, permanecen en estudio 174 casos sospechosos distribuidos principalmente en Bogotá, D.C. (88) y Antioquia (18), Norte de Santander (7), Barranquilla (6), Sucre (6) y otras 17 entidades territoriales con reportes menores a cinco casos cada una.

En respuesta a esta situación, el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y la Sala de Análisis del Riesgo (SAR), en sus niveles nacional y territorial, permanecen activos para el seguimiento continuo del evento. Las acciones de control se han centrado en la intensificación de la vigilancia epidemiológica mediante la notificación inmediata y la alerta temprana de casos con criterios de riesgo, así como la ejecución de búsquedas activas comunitarias (BAC) e institucionales (BAI) en áreas priorizadas. Complementariamente, se adelantan monitoreos rápidos de vacunación (MRV), jornadas de bloqueo y la verificación de esquemas en el talento humano en salud.

A nivel administrativo, la Circular Conjunta 0004 de 2026 ha permitido estandarizar las capacidades de respuesta, con el apoyo de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) y estrategias de comunicación del riesgo. Respecto al seguimiento diario de contactos, se ha cerrado exitosamente el cerco epidemiológico de un caso confirmado sin evidencia de transmisión secundaria, mientras que tres (3) situaciones adicionales permanecen bajo investigación.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 18 de marzo

Frente frío Córdoba, 12 de marzo 2026

Con corte a marzo 12 de 2026, según el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) Córdoba presenta alerta por crecientes del río Sinú en la zona media (Montería rural, Tierralta, Valencia) y zona baja (Cereté, Loricá, Montería, San Antero, San Bernardo del Viento y San Pelayo). Presentan 27 Alojamientos temporales de emergencia (ATE) activos, 10 pendientes por caracterizar, 92 cerrados, para un total de 129 ATE. Los municipios donde se concentran son, Tierralta, Puerto libertador, San Bernardo del viento, Montería, San Pelayo, Canalete, Los córdobas y San Carlos.

En varios municipios el agua disponible no es apta para el consumo directo y los sistemas de tratamiento son insuficientes o inexistentes dependiendo de fuentes naturales como ríos, quebradas y lluvias, lo que aumenta la necesidad de hervir o tratar el agua antes de consumirla. También se presentan dificultades en la continuidad del servicio eléctrico y en el manejo adecuado de excretas y residuos sólidos, con prácticas como la incineración o la disposición en campo abierto en algunos municipios.

La presencia constante de animales domésticos y de vectores —como roedores y mosquitos— es común en los diferentes municipios y puede favorecer la aparición de enfermedades. Durante la semana epidemiológica 09, se evidencia incremento de los eventos dengue y dengue grave), tos ferina y enfermedad por virus Zika. Frente al comportamiento inusual se observó un incremento de dengue, accidente ofídico, IRA y EDA en ocho (8) municipios, especialmente en Montería y Ayapel.

37

Tabla 28. Municipios con comportamiento inusual en eventos priorizados de salud pública asociados a la emergencia climática por frente frío en Córdoba, semana epidemiológica 09

Evento	Municipios	Número de municipios
Accidente ofídico	Ayapel, Montería, Los córdobas, La Apartada, Canalete, Puerto Escondido, San José de Uré, Buenavista	8
Dengue	Ayapel, Montería, Montelíbano, Cereté, Moñitos, San Antero, San Pelayo, Puerto Libertador	8
DNT	Tuchín, Puerto Escondido, Pueblo Nuevo	3
APTR	Ciénaga de Oro, San Pelayo	2
IRAG inusitado	San Antero	1
Leptospirosis	Tuchín, La Apartada	2
Malaria	Tuchín	1
Morbilidad Materna Extrema	San José de Uré, San Bernardo del Viento, San Antero	3
IRA (hospitalización)	Montería, Loricá	2
IRA (urgencias)	Ayapel, Chimá, Tierralta, Canalete, Montelíbano, Cereté, Buenavista, Ciénaga de Oro, Moñitos, Pueblo Nuevo, Puerto Libertador	11
Tuberculosis	Montería, Loricá	2
Violencia de género	San José de Uré, Moñitos	2
EDA	Ayapel, Montería, Canalete, San Bernardo del Viento, Ciénaga de Oro, San Carlos, Puerto Libertador	7
Intento de suicidio	Cereté	1
Tos ferina	Montería	1
Varicela	Montería	1

Elaboración propia. Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, semana epidemiológica SE 08 2026
DNT: desnutrición, APTR: agresión por un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia, IRAG: infección respiratoria aguda grave

Se reitera la recomendación de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la confirmación diagnóstica y la notificación inmediata. La información presentada es preliminar y continúa bajo seguimiento por parte del Grupo de Factores de Riesgo Ambiental.

Fuente: Sala de análisis del riesgo ambiental - INS

Proporción brotes de infecciones asociadas a la atención en salud reportados por UPGD, según entidad territorial, Colombia, corte a febrero de 2026p

Con corte de febrero 2026, se reportaron 14 brotes de IAAS, evidenciándose un comportamiento esperado en comparación con el histórico del evento (2019–2025). Las entidades territoriales notificadoras fueron Antioquia, Arauca, Bogotá, D.C., Boyacá, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Huila, Norte de Santander, Santander y Sucre.

Las hipótesis asociadas sugieren posibles fallas en la implementación de medidas estándar de prevención y control de infecciones principalmente en aislamiento, higiene de manos, limpieza y desinfección.

El 92,0 % (13/14) se encuentra en estado abierto, considerando que la fecha de seguimiento hasta su cierre puede variar según el agente microbiológico asociado al brote y fecha de inicio de síntomas de último caso identificado.

Los microorganismos más frecuentemente asociados a los brotes son *Candida auris* y *Clostridioides difficile* (tabla 29).

Tabla 29. Comportamiento de brotes de infecciones asociadas a la atención en salud por mes de reporte, desagregado por microorganismo y número de casos, Colombia, febrero 2026p

Brotes de IAAS								
	Observado	Esperado	Servicio	Microorganismos asociados	Nº. brotes	Nº. de casos	Proporción por nº brotes (%)	Proporción por nº de casos (%)
Enero	5	6	Urgencias	Candida auris	4	10	29	24
			Consulta externa	Clostridioides difficile	2	7	14	17
			UCI adultos	Varicela	1	6	7	15
			UCI neonatal	Influenza tipo A	1	8	7	20
			Unidad de trasplantes	Klebsiella pneumoniae	1	1	7	2
Febrero	9	8	Hospitalización	Norovirus	1	4	7	10
			Unidad de cuidados especiales	Pantoea eucrina	1	1	7	2
			UCI pediátrica	Serratia liquefaciens	1	2	7	5
			Oncología	Serratia marcescens	1	1	7	2
			Cirugía	Stenotrophomonas maltophilia	1	1	7	2
Total					14	41	100	100

Fuente: base de datos brotes de IAAS 2019 – 2026p
p: información preliminar a febrero de 2026

Se recomienda a todas las entidades territoriales a fortalecer la vigilancia activa de las IAAS, mediante la implementación de búsqueda activa institucional y la articulación permanente con el área de laboratorio clínico (microbiología), para la detección oportuna de incrementos inusuales. Estas acciones contribuyen al fortalecimiento de los programas de control de Infecciones (PCI), aportando a la quinta meta internacional de seguridad del paciente (prevención de infecciones), lo que permite una mejora continua de la calidad en la atención en salud, a nivel país.

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización epidemiológica sobre influenza aviar A(H5N1) en la región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 11 de marzo de 2026

Entre la semana epidemiológica (SE) 02 del 2022 y la SE 09 del 2026, 21 países de Las Américas han notificado 5 744 brotes de influenza A(H5N1) en diversas especies de aves y mamíferos. Entre el 01-01-25 y el 09-03-26, se registraron detecciones de influenza A(H5N1) en 37 especies de mamíferos en dos países y en 94 especies de aves en 11 países y territorios de América. Se ha identificado un descenso en la detección entre aves silvestres desde mediados del 2025, con una creciente predominancia de brotes en aves de corral y otras aves domésticas. En 2026 hasta el 09 de marzo Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos y Uruguay han reportado brotes en aves. Canadá y Estados Unidos brotes en mamíferos.

Entre el 20 de abril de 2022 y el 09 de marzo de 2026, se notificaron 75 infecciones humanas causadas por el virus de la influenza A(H5N1), incluidas dos (2) muertes, distribuidos así: un caso en México reportado el 02 de abril de 25; 71 casos en los Estados Unidos, incluyendo uno en el 2022 y 70 entre marzo del 2024 y febrero del 2025; un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre de 2024; un caso en Chile reportado el 29 de marzo de 2023; y un caso en Ecuador reportado el 09 de enero de 2023.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización epidemiológica sobre influenza aviar A(H5N1) en la Región de Las Américas. Fecha de publicación: 11 de marzo de 2026. Fecha de consulta: 12 de marzo de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/03/2026-marzo-11-phe-actualizacion-influenza-aviar-final-es.pdf>

Actualización epidemiológica sobre fiebre amarilla en la región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 13 de marzo de 2026

En la región de Las Américas, en 2025, se notificaron 346 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 143 defunciones (letalidad 41,0 %). Los casos en 2025 fueron notificados en: Bolivia (8 casos, incluyendo dos defunciones), Brasil (120 casos, incluyendo 48 defunciones), Colombia (125 casos, incluyendo 46 defunciones), Ecuador (11 casos, incluyendo ocho defunciones), Guyana (una defunción), Perú (49 casos, incluyendo 19 defunciones) y Venezuela (32 casos, incluyendo 19 defunciones).

En 2026, entre la semana epidemiológica 01 y 07, se notificaron 34 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 15 defunciones (letalidad 44,0 %). Los casos se reportaron en: Bolivia (una defunción), Colombia (25 casos, incluyendo 13 defunciones), Perú (2 casos) y Venezuela (6 casos, incluyendo una defunción).

La clasificación de riesgo para la salud pública para la región actualizada en mayo de 2025 fue riesgo alto.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización epidemiológica sobre fiebre amarilla en la Región de Las Américas. Fecha de publicación: 13 de marzo de 2026. Fecha de consulta: 14 de marzo de 2026. Disponible: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/03/2026-marzo-13-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final-es.pdf>

Situación epidemiológica de sarampión en México. Secretaría de Salud de México. Fecha de publicación: 13 de marzo de 2026

Desde el 01 de enero de 2025 hasta el 13 de marzo de 2026 se han confirmado 13 408 casos de sarampión en el país, 6 452 en 2025 y 6 956 en 2026. El grupo de edad con el mayor número de casos es de 1 a 4 años (1 782 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (1 569 casos) y el de 25 a 29 años (1 569 casos). La tasa de incidencia más elevada se presenta en menores de un año con 65,78 casos por cada 100 000 habitantes. Durante el mismo periodo se han confirmado 35 defunciones acumuladas (27 en 2025 y ocho en 2026). Los estados con el mayor número de casos reportados en el año 2026 son Jalisco (4 094 casos), Chiapas (605 casos), Ciudad de México (508 casos) y Sinaloa (242 casos).

Fuente: Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 13 de marzo de 2026. Fecha de consulta: 18 de marzo de 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1065270/INFORME_DIARIO_SARAMPION_20260313.pdf



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 10 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 10

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		
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		
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	14	0	1	113	29	56	244	44	112	29	15	6	0	0	0	0	0	0
Antioquia	118	9	12	4233	1380	1663	896	311	361	328	129	145	8	3	4	62	82	26
Arauca	22	1	0	221	59	81	410	47	192	153	15	72	2	0	2	0	1	0
Atlántico	10	2	0	880	287	358	846	189	320	390	105	145	9	5	2	0	2	0
Barranquilla D.E.	1	0	0	1023	272	410	1091	298	375	448	138	154	9	6	3	0	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	5036	1739	2035	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16	0
Bolívar	43	4	2	566	229	201	1309	180	693	483	92	266	19	4	8	1	0	0
Boyacá	16	0	1	1394	469	532	35	46	16	17	18	7	0	0	0	1	1	0
Buenaventura D.E.	6	0	0	39	13	6	23	23	12	6	10	3	0	0	0	0	0	0
Caldas	16	0	0	864	292	359	33	24	13	15	14	5	0	0	0	2	2	0
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	1126	405	425	337	766	141	111	360	46	3	8	2	1	16	0
Caquetá	36	4	3	275	83	115	99	216	40	51	116	18	4	3	3	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	6	0	1	500	145	182	1784	172	675	368	71	129	11	3	3	0	0	0
Casanare	21	2	1	463	118	182	210	140	113	78	64	47	1	2	1	1	1	1
Cauca	33	3	3	1269	429	496	52	102	26	18	42	7	0	2	0	0	11	0
Cesar	32	5	1	593	198	263	2163	243	888	1230	161	515	7	4	2	0	2	0
Chocó	52	3	6	73	14	28	156	51	45	41	11	8	2	1	1	0	0	0
Córdoba	69	5	6	1142	384	470	876	249	398	368	124	151	8	2	2	0	1	0
Cundinamarca	23	2	2	3337	1023	1317	368	295	147	121	136	41	4	2	1	4	4	2
Guainía	4	0	0	56	11	23	1	9	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0
Guaviare	19	3	0	74	30	35	166	38	84	18	9	7	1	0	1	0	0	0
Huila	26	2	4	1462	454	559	372	438	165	138	198	58	11	10	5	1	2	0
La Guajira	26	1	0	485	159	198	1200	152	504	670	110	267	20	3	5	2	1	0
Magdalena	29	3	4	492	195	225	1160	75	519	612	52	290	8	2	3	0	0	0
Meta	43	5	6	1000	292	368	2392	434	1182	733	187	364	29	4	12	4	5	2
Nariño	24	2	1	1636	518	688	128	63	65	46	19	22	1	1	1	2	1	2
Norte de Santander	74	6	3	1451	415	592	1757	267	800	641	136	270	26	5	11	6	11	1
Putumayo	29	3	4	416	124	153	215	185	111	34	61	20	3	1	2	0	0	0
Quindío	5	0	1	695	209	281	104	44	50	25	15	14	2	0	1	0	2	0
Risaralda	14	1	2	954	306	350	45	52	23	15	24	5	0	0	0	3	5	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	59	27	25	6	11	4	1	5	1	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	9	0	2	408	138	157	1050	46	354	415	29	127	2	1	0	0	0	0
Santander	43	3	5	1805	525	721	1634	379	779	553	162	244	8	3	3	18	7	13
Sucre	14	1	3	601	203	258	338	270	122	171	163	59	2	5	0	1	0	1
Tolima	39	1	0	1578	468	573	1121	552	522	339	239	171	25	6	17	1	1	0
Valle del Cauca	17	1	2	2026	601	750	379	695	161	120	319	54	3	5	1	1	15	1
Vaupés	10	1	0	42	13	16	33	11	22	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	8	1	0	37	20	18	25	6	14	6	2	3	0	0	0	1	0	0
Total nacional	951	74	76	38.424	12.274	15.169	23.058	7.123	10.048	8.792	3.357	3.741	228	91	96	115	188	50

41

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 10

Decremento
Incremento

	IRAG inusitado			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables y los criterios del evento			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		
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	564	102	134	1	0	1	1297	592	539	89	8	17	0	0	0
Antioquia	29	11	7	1648	930	566	49	37	39	227510	75432	95815	9634	2896	3442	852	901	783
Arauca	7	5	1	59	2	25	4	2	2	3684	2175	1581	339	97	138	16	7	16
Atlántico	2	1	1	0	0	0	0	5	0	28904	10505	12757	886	190	397	605	145	545
Barranquilla D.E.	11	5	2	0	0	0	3	5	3	42730	15816	19799	1832	341	759	237	231	217
Bogotá D.C.	2	2	0	0	0	0	29	33	22	277356	125232	134098	12897	5390	6186	1709	1225	1522
Bolívar	1	0	1	352	117	138	8	4	8	26771	11092	11220	639	229	260	86	109	79
Boyacá	1	1	0	59	0	21	15	2	12	20388	10562	8983	1275	438	517	69	68	66
Buenaventura D.E.	0	0	0	195	140	89	4	3	4	1660	686	775	12	6	8	4	2	2
Caldas	7	3	2	6	5	0	4	3	3	17816	7764	7043	706	282	260	247	145	224
Santiago de Cali D.E.	43	17	11	1	1	0	23	17	18	49521	23056	19926	1231	659	369	195	83	183
Caquetá	3	0	1	74	18	25	2	3	2	4876	3363	2194	410	142	132	4	7	4
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	1	0	0	5	4	3	34129	17546	16487	1134	310	590	293	214	265
Casanare	0	1	0	12	5	8	1	1	1	3981	2192	1755	92	42	26	39	7	35
Cauca	6	1	0	226	214	70	10	5	8	21217	10525	8214	791	247	299	77	70	69
Cesar	1	1	1	0	3	0	10	3	8	22040	10294	10192	1054	538	439	90	53	79
Chocó	0	0	0	2654	2450	907	7	4	6	6366	2046	2442	205	178	91	7	11	7
Córdoba	1	1	0	992	933	257	6	5	4	36506	13875	15281	1868	411	805	312	240	293
Cundinamarca	4	1	1	0	0	0	17	13	14	63976	26700	29286	2501	960	1113	211	268	192
Guainía	0	0	0	844	275	279	0	1	0	363	176	184	26	23	12	0	0	0
Guaviare	0	0	0	233	116	82	0	1	0	1068	582	431	134	19	71	11	8	9
Huila	1	1	0	1	0	1	5	4	4	12681	10909	5806	658	426	304	114	86	101
La Guajira	2	1	0	6	5	0	2	2	2	49211	16324	23368	811	515	327	133	54	118
Magdalena	0	0	0	1	1	0	2	4	2	26637	7769	11144	558	208	218	4	26	4
Meta	5	1	0	401	52	127	4	3	1	13991	6069	5954	517	223	239	48	72	46
Nariño	4	1	1	667	963	255	18	6	15	25959	12874	9510	1604	520	669	13	34	10
Norte de Santander	3	0	0	126	118	30	18	10	14	38512	14489	17583	2346	789	1042	211	156	188
Putumayo	4	1	0	31	4	11	2	3	1	7415	2578	3616	248	109	119	10	5	9
Quindío	1	1	0	0	3	0	6	1	5	11541	5559	4934	577	265	231	119	73	101
Risaralda	8	1	3	390	300	62	17	5	11	23953	9039	10147	899	296	406	82	63	75
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	1	1	1	956	753	427	161	46	70	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	3	0	0	0	0	3	2	3	11435	4206	4782	880	159	222	154	165	147
Santander	4	1	2	5	1	2	19	8	16	53496	14017	25154	3299	1020	1407	419	376	378
Sucre	0	0	0	15	6	4	5	5	4	20892	7577	9297	1905	413	811	193	219	183
Tolima	5	3	2	2	0	0	4	5	3	27704	12413	11791	2122	462	837	85	68	68
Valle del Cauca	15	4	11	10	5	1	11	6	10	28222	11826	11656	735	252	267	255	88	237
Vaupés	4	1	2	288	137	467	0	1	0	1015	179	630	32	7	11	0	0	0
Vichada	0	0	0	353	154	146	1	2	0	389	321	225	0	3	0	0	0	0
Total nacional	176	69	49	10.216	7.190	3.323	315	226	250	1.246.168	507.113	555.026	55.107	19.119	23.111	6.904	5.279	6.255

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 10

 Decremento
 Incremento

	Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	586	454	265	2	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	80412	35287	31914	128	158	128	3	3	1	138	61	49	7	1	0
Arauca	1405	725	527	7	15	7	0	0	0	9	2	5	0	0	0
Atlántico	10774	4132	4082	27	49	27	1	1	1	20	5	6	0	0	0
Barranquilla D.E.	16104	6162	6693	40	48	40	0	1	0	25	8	11	0	0	0
Bogotá D.C.	143573	72423	64378	179	147	179	4	3	2	267	98	112	140	1	15
Bolívar	7226	2896	2928	34	43	34	3	1	1	6	3	3	1	0	0
Boyacá	9110	5212	3866	26	26	26	0	1	0	32	13	15	4	0	0
Buenaventura D.E.	637	523	291	12	15	12	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Caldas	5816	3340	2649	15	21	15	0	0	0	7	7	3	0	0	0
Santiago de Cali D.E.	29205	12360	12208	43	57	43	0	1	0	29	17	11	0	0	0
Caquetá	3274	1848	1323	9	15	9	0	0	0	6	2	1	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	10245	4072	4457	27	49	27	0	1	0	11	8	3	0	0	0
Casanare	1872	1138	743	7	17	7	0	0	0	11	2	5	0	0	0
Cauca	8524	5187	4335	31	49	31	0	1	0	9	7	4	1	0	1
Cesar	5433	3441	2646	38	51	38	0	1	0	15	3	6	0	0	0
Chocó	3031	1123	1388	26	36	26	0	0	0	2	1	0	0	0	0
Córdoba	9711	4481	3935	43	72	43	0	1	0	21	16	10	0	0	0
Cundinamarca	31815	14583	14154	76	79	76	1	2	0	67	28	22	50	1	2
Guainía	351	136	168	4	5	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Guaviare	838	341	360	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	9786	4798	3875	36	36	36	4	1	0	29	14	12	2	0	0
La Guajira	8274	3494	3630	42	77	42	0	1	0	5	2	3	0	0	0
Magdalena	7284	3188	2924	17	29	17	1	1	0	2	2	0	0	0	0
Meta	8969	4868	3416	31	33	31	3	1	1	13	6	6	3	0	0
Nariño	9698	6188	3988	35	42	35	4	1	0	25	13	8	0	0	0
Norte de Santander	11597	5534	4338	28	40	28	0	1	0	39	14	18	0	0	0
Putumayo	3566	1163	1578	11	12	11	0	0	0	12	4	5	0	0	0
Quindío	6255	3281	2362	15	12	15	0	0	0	7	3	0	0	0	0
Risaralda	8281	4439	3199	19	21	19	0	0	0	7	4	3	0	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	316	286	93	1	2	1	0	0	0	3	0	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	4126	1134	1720	15	17	15	0	0	0	4	0	2	0	0	0
Santander	22921	8221	9568	32	43	32	1	1	0	17	6	6	0	0	0
Sucre	4646	2353	1863	28	37	28	1	1	0	4	6	2	2	0	0
Tolima	12505	5662	4720	26	28	26	2	1	0	8	5	2	2	0	0
Valle del Cauca	14708	7181	6784	35	42	35	2	1	2	31	10	6	0	0	0
Vaupés	467	89	347	2	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Vichada	247	141	102	7	7	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Total nacional	513.588	241.885	217.817	1.154	1.439	1.154	31	23	8	882	372	340	214	3	19

43

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 10

Decremento
Incremento

	Tos ferina			Varicela			COVID-19			Infecciones asociadas a dispositivos IAD			Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos IAPMQ		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	26	2	25	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Antioquia	366	47	144	481	187	173	61	28	22	130	78	56	85	54	48
Arauca	5	1	1	27	8	16	3	1	0	0	2	0	6	3	1
Atlántico	4	1	2	126	42	59	3	1	1	10	2	2	4	3	2
Barranquilla D.E.	16	1	6	148	35	69	6	1	2	46	31	17	9	8	4
Bogotá D.C.	248	61	88	881	356	387	128	50	55	169	105	75	123	71	77
Bolívar	9	1	1	87	28	39	1	0	1	0	4	0	10	4	3
Boyacá	15	2	4	129	55	51	23	8	6	17	13	2	10	4	4
Buenaventura D.E.	0	0	0	5	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Caldas	7	1	5	78	29	42	5	2	1	43	16	23	7	4	4
Santiago de Cali D.E.	12	2	2	173	101	59	22	8	11	97	61	51	28	25	16
Caquetá	0	1	0	55	17	20	0	0	0	2	1	1	1	1	0
Cartagena de Indias D.T.	32	1	6	59	34	18	0	0	0	27	20	13	17	6	7
Casanare	33	0	23	41	20	18	0	0	0	3	6	2	1	1	1
Cauca	11	2	4	51	31	18	31	10	4	21	12	13	13	7	2
Cesar	31	0	4	66	28	30	3	1	0	79	49	33	11	9	7
Chocó	40	8	5	11	3	6	2	2	0	0	0	0	2	1	1
Córdoba	5	1	2	154	68	73	12	4	4	42	23	26	13	17	6
Cundinamarca	43	14	16	384	152	156	27	10	11	19	17	7	22	17	12
Guainía	1	0	0	6	0	4	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Guaviare	1	0	1	17	6	6	1	1	0	0	0	0	2	1	1
Huila	7	4	2	74	44	25	3	1	1	23	21	9	17	7	9
La Guajira	21	7	3	47	34	22	2	0	1	7	1	4	7	4	5
Magdalena	7	1	3	48	20	16	0	0	0	0	1	0	8	6	3
Meta	29	2	14	75	37	33	5	2	1	9	8	4	9	8	3
Nariño	10	5	2	132	67	56	10	3	2	10	14	3	15	4	3
Norte de Santander	59	2	19	283	70	154	1	0	1	28	34	13	17	13	8
Putumayo	6	1	1	30	12	13	2	0	1	1	3	0	0	2	0
Quindío	7	0	2	47	28	18	6	2	2	4	8	1	7	4	4
Risaralda	58	1	6	104	44	47	5	3	0	7	6	3	11	4	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	1	7	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	9	1	6	54	7	29	0	0	0	16	13	6	5	2	3
Santander	76	5	22	228	69	90	10	7	2	39	33	20	13	9	4
Sucre	15	5	10	66	36	33	10	3	7	19	12	6	2	5	1
Tolima	8	2	6	113	56	52	8	6	0	22	17	10	6	9	4
Valle del Cauca	3	1	1	193	82	100	4	1	1	5	12	2	4	7	1
Vaupés	35	0	5	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0
Vichada	6	0	4	14	3	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	1236	183	421	4521	1923	1974	396	156	138	895	638	402	487	319	284

Nota: Los eventos correspondientes a Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) e Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico-Quirúrgicos (IAPMQ) fueron incluidos con corte enero de 2026.

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 10

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis cutánea	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	11	14	0	1	12	16	3	0
Antioquia	0	0	0	0	437	622	0	6	996	948	279	105
Arauca	0	1	0	0	60	53	0	0	32	45	7	1
Atlántico	0	0	0	0	56	65	0	0	169	148	0	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	34	28	0	0	164	140	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	693	579	0	3	975	1032	0	0
Bolívar	0	0	0	0	82	115	0	3	105	83	99	65
Boyacá	0	1	0	0	101	109	0	0	191	152	38	21
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	26	26	0	0	22	17	2	3
Caldas	0	0	0	0	33	36	0	1	223	205	51	19
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	98	108	1	0	354	328	0	0
Caquetá	0	0	0	0	37	40	0	1	45	31	60	26
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	56	89	0	0	104	104	1	0
Casanare	3	0	0	0	60	57	0	1	51	45	1	1
Cauca	0	0	0	0	57	44	0	1	165	159	12	4
Cesar	1	0	0	0	139	144	0	0	123	92	31	57
Chocó	0	0	0	0	165	166	0	0	28	29	64	29
Córdoba	0	0	0	0	123	88	0	2	196	187	44	25
Cundinamarca	0	0	0	1	251	248	0	3	411	478	49	9
Guainía	0	0	0	0	11	5	0	0	6	5	3	2
Guaviare	0	0	0	0	26	18	0	0	12	7	84	30
Huila	0	0	0	0	85	95	0	2	152	150	2	3
La Guajira	0	0	0	0	361	353	0	0	50	45	9	3
Magdalena	0	0	0	0	114	111	0	0	69	46	2	3
Meta	0	0	0	0	88	94	0	2	127	104	55	17
Nariño	0	0	0	1	120	149	0	1	271	281	59	13
Norte de Santander	0	0	0	0	142	113	0	0	194	200	57	15
Putumayo	0	0	0	0	43	48	0	0	60	44	68	5
Quindío	0	0	0	0	18	22	0	2	103	81	0	0
Risaralda	0	0	0	0	83	91	0	0	223	216	21	16
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	2	4	0	0	5	3	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	20	23	0	0	51	48	3	1
Santander	1	0	0	0	100	80	0	0	293	282	172	122
Sucre	0	0	0	0	54	76	0	3	90	74	28	18
Tolima	1	0	0	0	73	77	0	5	212	208	56	11
Valle del Cauca	0	0	0	0	87	127	1	11	242	231	4	1
Vaupés	0	0	0	0	16	7	0	0	14	6	9	0
Vichada	0	0	0	0	49	28	0	0	5	6	9	3
Total nacional	8	2	0	2	4.012	4.152	2	48	6.543	6.276	1.399	632

45

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 10

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	16	5	3	4	2	0	6	7	4	1	27	38
Arauca	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1
Atlántico	2	0	1	0	0	0	1	2	0	0	6	5
Barranquilla D.E.	7	1	1	0	0	0	1	1	0	0	5	5
Bogotá D.C.	1	0	5	4	0	0	3	2	0	0	31	153
Bolívar	1	1	2	0	0	0	2	4	1	2	5	1
Boyacá	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	3
Buenaventura D.E.	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2
Caldas	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	1
Santiago de Cali D.E.	4	1	1	0	0	0	1	0	0	0	9	8
Cauquetá	3	4	1	3	0	0	0	1	1	0	2	1
Cartagena de Indias D.T.	4	1	1	1	0	0	1	4	0	0	4	8
Casanare	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Cauca	1	0	2	1	1	1	1	3	0	0	6	1
Cesar	0	0	3	1	2	0	1	3	3	1	6	11
Chocó	1	0	1	1	4	2	5	5	9	1	2	1
Córdoba	2	1	3	0	1	0	2	1	1	1	8	5
Cundinamarca	1	2	2	2	0	0	1	0	0	0	14	17
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Huila	1	2	2	1	0	1	1	1	1	0	5	3
La Guajira	0	0	4	2	6	4	6	4	8	4	4	0
Magdalena	1	0	0	1	0	0	1	2	4	0	4	1
Meta	1	0	1	0	0	0	2	3	0	0	4	7
Nariño	2	3	3	1	0	1	2	2	1	0	7	3
Norte de Santander	1	0	2	0	0	0	1	1	0	0	7	19
Putumayo	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	2	0
Quindío	2	1	1	1	0	0	1	1	0	0	2	1
Risaralda	3	5	2	2	3	1	2	6	3	0	4	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	3
Santander	3	0	1	0	0	1	0	4	0	0	9	13
Sucre	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	4	7
Tolima	9	11	1	1	0	0	3	1	0	0	5	3
Valle del Cauca	3	1	1	1	1	1	3	2	1	0	8	14
Vaupés	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0
Total nacional	336	386	45	31	29	17	64	63	51	11	205	339

46

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 10

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	3	6	0	0	11	15	0	0	115	101
Antioquia	27	28	242	312	0	1	743	976	23	28	4113	2835
Arauca	8	3	40	30	0	0	30	31	0	0	244	247
Atlántico	9	2	70	72	0	1	97	133	3	5	462	424
Barranquilla D.E.	10	7	80	80	0	1	176	209	4	6	430	503
Bogotá D.C.	24	23	177	269	0	0	260	304	7	11	5110	5055
Bolívar	9	5	57	82	0	0	42	46	1	0	426	428
Boyacá	6	3	17	15	0	0	35	38	1	1	797	746
Buenaventura D.E.	4	2	28	36	0	0	36	49	1	0	71	41
Caldas	4	4	29	28	0	0	62	66	0	3	552	569
Santiago de Cali D.E.	5	2	94	158	0	0	281	334	12	8	1368	1064
Caquetá	2	3	21	24	0	0	50	67	2	4	201	181
Cartagena de Indias D.T.	14	13	64	102	0	0	86	106	1	1	261	329
Casanare	7	5	29	30	0	0	29	43	1	2	137	173
Cauca	4	3	38	44	0	0	57	59	1	1	572	556
Cesar	9	8	72	55	0	0	93	113	0	3	393	347
Chocó	11	6	53	34	0	0	45	54	1	0	85	94
Córdoba	5	3	60	57	0	0	57	71	1	0	637	560
Cundinamarca	11	6	77	85	0	0	100	146	2	8	2407	2634
Guainía	2	2	3	6	0	0	5	2	0	0	33	33
Guaviare	1	0	5	4	0	0	7	9	0	0	64	52
Huila	2	6	30	42	0	1	95	95	1	4	1194	1050
La Guajira	13	5	76	57	0	0	108	165	2	2	238	243
Magdalena	6	1	51	55	0	0	36	36	1	0	247	242
Meta	8	11	51	57	0	0	128	147	4	1	422	443
Nariño	3	6	45	54	0	0	33	37	1	1	760	886
Norte de Santander	15	3	99	108	0	0	147	186	3	4	682	738
Putumayo	1	1	20	11	0	0	20	15	1	0	255	295
Quindío	2	2	18	27	0	0	51	58	0	1	453	377
Risaralda	6	1	35	36	0	1	127	149	5	1	663	682
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	2	2	0	0	1	2	0	1	39	33
Santa Marta D.T.	4	0	25	45	0	0	52	82	1	0	120	112
Santander	14	5	84	106	0	0	220	251	5	3	1154	1227
Sucre	3	3	43	47	0	0	18	22	0	0	352	328
Tolima	7	7	29	44	0	0	116	126	3	3	528	551
Valle del Cauca	6	6	63	98	0	0	148	218	3	6	1293	1316
Vaupés	1	1	1	4	0	0	4	5	0	0	48	59
Vichada	1	0	8	4	0	0	6	4	0	0	44	44
Total nacional	278	186	2.032	2.326	0	5	3.613	4.469	93	108	26.968	25.598

47



Semana epidemiológica 10

08 al 14 de marzo del 2026

TEMA CENTRAL

Desnutrición aguda

Directora General INS
Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos
Lina Yessenia Lozano Lesmes
Directora (e) Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo
Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Una publicación del:
Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: María Camila Giraldo 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, Natalí Paola Cortés. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotes y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Lady Alexandra Castillo Vargas, Johanna Agudelo, Lyda Montaña, Mónica Carreño, Helen Del Carmen Peña Fontalvo. **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.

48# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.10>