

15
febrero

Día Internacional contra el
CÁNCER
infantil

La detección temprana y la atención oportuna permiten un tratamiento eficaz y marcan la diferencia en la vida de niños, niñas y adolescentes con cáncer.

¡Todos podemos ser parte de la lucha!

BES 
Boletín Epidemiológico Semanal

Año 21

Cáncer en menores de 18 años

Detectar signos a tiempo, consultar sin demora y brindar apoyo familiar son fundamentales para un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado en niños, niñas y adolescentes con cáncer.

**Semana
epidemiológica**

08 al 14 de febrero del 2026

06

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

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

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

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

	Situación nacional	10
	Mortalidad	13
	Eventos trazadores	19
	Brotes y alertas	38
	Tablas de mando por departamento	42



TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico del cáncer en menores de 18 años, Colombia, 2025

Diana Marcela Russey Roa, drussy@ins.gov.co

Todos podemos ser parte de la lucha!

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer infantil constituye un conjunto de enfermedades oncológicas que afectan a niños, niñas y adolescentes, siendo una de las principales causas de mortalidad en estas etapas. Cada año, se diagnostican aproximadamente 400 000 menores en el mundo, predominando las leucemias, los tumores cerebrales y los linfomas (1). La supervivencia de los niños con cáncer refleja la desigualdad global: en los países de alto ingreso supera el 80 %; mientras que, en los de bajo o mediano es inferior al 30 %, debido a limitaciones en el diagnóstico y el acceso al tratamiento (2,3). Para enfrentar esta brecha, la OMS impulsa la Iniciativa Global para el Cáncer Infantil, con el objetivo de alcanzar una supervivencia mínima del 60 % para 2030 (2).

En América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó en 2020 que cada año al menos 29 000 menores de 19 años desarrollan cáncer, y más de 10 000 fallecen a causa de esta enfermedad. Estas cifras reflejan la carga que representa el cáncer infantil en la región, destacando la necesidad de fortalecer la detección temprana, garantizar el acceso oportuno al tratamiento y mejorar la vigilancia epidemiológica (4).

En Colombia, con corte a la semana epidemiológica 53 de 2025 (datos preliminares), se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 1 855 casos de cáncer en menores de 18 años (evento 115). De estos, el 89,6 % se encuentran confirmados y el 10,4 % corresponden a casos probables. Entre los casos de leucemia notificados, el 88,7 % ingresaron como casos nuevos, el 10,4 % como recaídas y el 0,9 % como segundas neoplasias. En cuanto a los demás tipos de cáncer (tumores sólidos), el 94,3 % fue clasificado como casos nuevos, el 4,6 % como recaídas y el 1,1 % como segundas neoplasias.

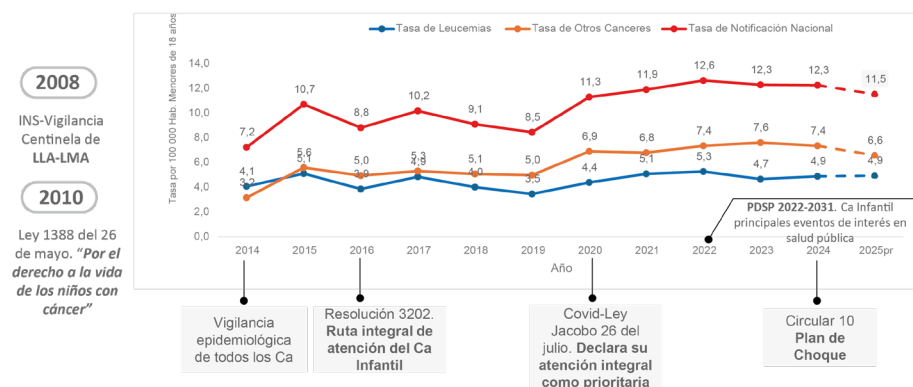
Tasa de notificación de casos confirmados de cáncer en menores de 18 años, según entidad territorial de residencia

La vigilancia epidemiológica del cáncer infantil en Colombia inició en 2008 con las leucemias bajo la modalidad centinela, y a partir de 2014 se amplió para incluir todos los tipos de cáncer en menores de 18 años. Este avance se ha respaldado en la normatividad para la atención integral del cáncer infantil entre las que se destaca la Ley 1388 del 26 de mayo y la Ley Jacobo 26 de julio de 2020.

En 2025 (datos preliminares) se notificaron 1 653 casos confirmados de cáncer en menores de 18 años, de los cuales 709 correspondieron a leucemias y 944 a otros tipos de cáncer. Entre 2020 y 2025, la tasa de notificación se mantuvo estable, con un promedio histórico de 12,0 casos por cada 100 000 habitantes en este

grupo poblacional. Asimismo, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2022–2031) reconoce al cáncer como evento prioritario, lo que reafirma su relevancia para la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones en salud pública (figura 1).

Figura 1. Tasa estimada de casos confirmados de cáncer en menores de 18 años, Colombia 2014-2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2014-2025 (datos preliminares) Proyecciones de población DANE.
Ca: cáncer, LLA: leucemia linfocítica aguda, LMA: leucemia mieloide aguda, PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

De los 1 653 casos confirmados en 2025, el 57,5 % correspondió al sexo masculino y el 42,5 % al femenino. La leucemia linfocítica aguda (LLA), junto con la leucemia mieloide aguda (LMA) y otras leucemias, concentraron el 42,9 % de los diagnósticos, siendo la LLA la neoplasia más frecuente, con una tasa estimada de 3,9 por cada 100 000 menores de 18 años. En segundo lugar, se ubicaron los tumores sólidos del sistema nervioso central (SNC), con una tasa estimada de 1,7; seguido por los linfomas y neoplasias reticuloendoteliales, con una tasa estimada de 1,3. La población indígena y afrocolombiana menor de 18 años representó el 3,7 % (43) del total de las neoplasias notificadas y la población con nacionalidad extranjera fue el 5,2 % (87), de las cuales el 98,9 % (86) eran de nacionalidad venezolana (tabla 1).

Tabla 1. Tasa y proporción estimada de casos confirmados de por tipo de cáncer en menores de 18 años, Colombia 2020- 2025

Tipo de cáncer	Tasa estimada (100 000 hb menores de 18 años) n= 1 653						% Sexo		% Pertenencia étnica		% Nacionalidad n= 86	
	2020	2021	2022	2023	2024	2025pr	F	M	Indígena	Afro	Venezolana	
Leucemia linfocítica aguda (LLA)	3,3	4,0	4,1	3,7	3,7	3,9	14,3	19,1	1,5	0,3	1,9	
Leucemia mieloide aguda (LMA)	0,7	0,6	0,6	0,5	0,9	0,8	2,5	4,5	0,1	0,0	0,5	
Otras leucemias	0,4	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,8	1,7	0,1	0,2	0,1	
Tumores del Sistema Nervioso Central (SNC)	1,6	1,8	1,9	1,7	1,6	1,7	6,1	8,2	0,2	0,2	1,1	
Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	1,4	1,3	1,3	1,4	1,5	1,3	3,4	7,6	0,2	0,4	0,5	
Otras neoplasias malignas no especificadas	0,9	1,0	1,2	1,1	0,7	0,7	3,3	2,6	0,1	0,0	0,1	
Sarcoma de tejidos blandos y extraóseos	0,6	0,6	0,6	0,8	0,6	0,6	2,2	2,8	0,2	0,0	0,4	
Tumores óseos malignos	0,6	0,7	0,7	0,6	0,8	0,6	1,9	2,9	0,1	0,0	0,2	
Tumores renales	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	1,6	1,6	0,0	0,0	0,1	
Tumores germinales, trofoblasticos y otros gonadales	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,6	2,4	0,0	0,1	0,2	
Retinoblastoma	0,4	0,2	0,2	0,4	0,3	0,3	1,3	1,1	0,1	0,0	0,1	
Neuroblastoma y otros tumores cels nerviosas	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,9	0,8	0,0	0,0	0,0	
Tumores hepáticos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	1,0	0,1	0,0	0,1	
Tumores epiteliales malignos y melanomas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,4	2,1	1,1	0,0	0,0	0,0	
TOTAL	11,3	11,9	12,6	12,3	12,3	11,5	42,5	57,5	2,6	1,1	5,2	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2020-2025 (datos preliminares) Proyecciones de población DANE.

Leucemias agudas

Las leucemias afectan principalmente a niños y niñas de 1 a 4 años, quienes presentan la mayor carga de la enfermedad, con una tasa promedio histórica estimada de 6,3 por 100 000 habitantes entre 2020 y 2025. Se observa mayor proporción de casos notificados del sexo masculino (58,8 %), residentes de áreas urbanas (77,3 %) y afiliadas al régimen subsidiado (56,4 %), seguido del régimen contributivo (37,9 %) (tabla 2).

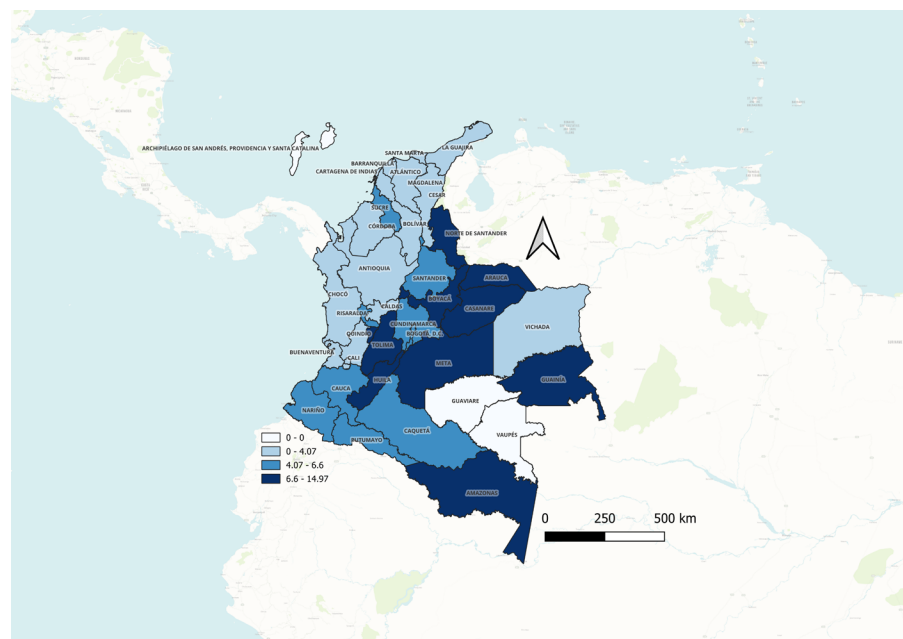
Tabla 2. Tasa estimada y proporción de casos confirmados de leucemias, por grupo de edad, área y régimen de aseguramiento, Colombia, 2020-2025

Grupo de edad	Tasa estimada de las leucemias						% Sexo		% Área		% Aseguramiento	
	2020	2021	2022	2023	2024	2025Pr	F	M	Urbana	Rural	Subsidiado	Contributivo
< 1 año	0,8	2,6	2,1	2,7	2,6	3,3	1,8	1,6	2,5	0,8	1,7	1,7
1 a 4 años	6,1	7,0	5,8	5,9	6,4	6,3	11,8	14,7	20,5	6,1	16,9	8,9
5 a 9 años	3,9	5,0	5,2	4,7	4,8	5,1	10,6	17,5	21,6	6,5	15,0	10,4
10 a 14 años	4,4	4,5	4,6	4,3	4,5	4,6	11,4	15,5	20,9	6,1	14,4	11,1
15 a 17 años	4,2	4,6	4,6	4,1	4,6	4,1	5,5	9,6	11,8	3,2	8,5	5,8

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2020-2025 (datos preliminares) Proyecciones de población DANE
Pr: preliminar

En 2025, la tasa general de notificación de leucemias fue de 4,9 casos por cada 100 000 habitantes menores de 18 años. Las entidades territoriales de residencia con tasas superiores al percentil 75 (6,6) fueron Guainía (15,0), Amazonas (11,9), Quindío (8,3), Norte de Santander (8,2), Boyacá (7,6), Meta y Tolima (7,2) cada uno, Casanare (6,9) y Huila (6,7) (mapa 1).

Mapa 1. Tasa estimada de casos confirmados de las leucemias por entidad territorial de residencia, Colombia 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 (datos preliminares) Proyecciones de población DANE

Tumores sólidos del sistema nervioso central (SNC)

Entre 2020 y 2025, los tumores sólidos del SNC se concentraron principalmente en niños, niñas y adolescentes de 5 a 9 años y de 15 a 17 años. El grupo de 5 a 9 años registró una tasa promedio histórica (2022 a 2025) estimada de 1,9 casos por 100 000 habitantes, con mayor proporción (57,3 %) en el sexo masculino, residentes en áreas urbanas (80,8 %), afiliados a los regímenes subsidiado (51,9%), seguido del régimen contributivo (41,4%) (tabla 3).

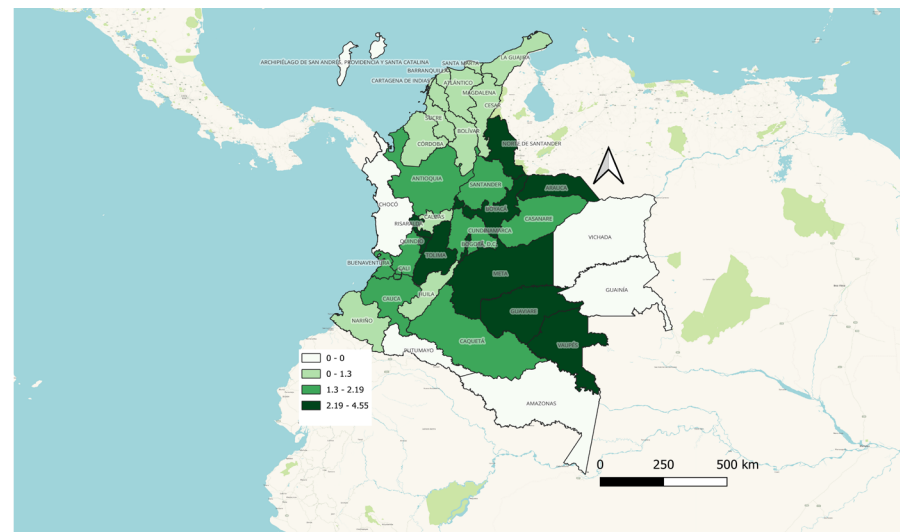
Tabla 3. Tasa estimada y proporción de casos confirmados de tumores sólidos del sistema nervioso central, por grupo de edad, área y régimen de aseguramiento, Colombia, 2020-2025

Grupo de edad	Tasa estimada del SNC						Tendencia	% Sexo		% Área		% Aseguramiento		
	2020	2021	2022	2023	2024	2025Pr		F	M	Urbana	Rural	Subsidiado	Contributivo	No asegurado
< 1 año	0,6	1,3	0,9	1,4	1,4	0,6		0,8	0,8	1,7	0,0	0,8	0,4	0,0
1 a 4 años	1,3	1,6	1,8	1,1	1,6	1,4		6,7	10,9	12,1	5,4	10,0	7,1	0,0
5 a 9 años	1,7	2,1	1,9	2,1	1,6	1,9		13,4	17,6	25,9	5,0	16,7	12,1	0,0
10 a 14 años	2,1	1,7	2,1	1,9	1,5	1,6		14,2	13,8	23,0	5,0	15,1	10,9	0,8
15 a 17 años	1,4	1,8	1,7	1,9	1,7	2,0		7,5	14,2	18,0	3,8	9,2	10,9	0,0

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2020-2025 (datos preliminares). Proyecciones de población DANE.
SNC: sistema nervioso central, Pr: preliminar

La tasa general de notificación de tumores sólidos del SNC en 2025 fue de 1,7 casos por cada 100 000 habitantes menores de 18 años. Las entidades territoriales de residencia con tasas superiores al percentil 75 (2,4), fueron Vaupés (4,5), Guaviare (3,4), Arauca (3,3), Boyacá (3,0), Bogotá, D.C. (2,9), Meta (2,7), Risaralda (2,6), Norte de Santander y Quindío (2,5) cada uno (mapa 2).

Mapa 2. Tasa estimada de casos confirmados de tumores del sistema nervioso central por entidad territorial de residencia, Colombia, 2025.



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 (datos preliminares) Proyecciones de población DANE

Linfomas y neoplasias retículo endoteliales

Durante el período 2020 y 2025, los linfomas y neoplasias retículo endoteliales presentaron la mayor tasa estimada de notificación en adolescentes de 15 a 17 años, con 2,2 casos por 100 000 en este grupo etario. En contraste, la tasa de notificación en menores de 4 años fue menor con un promedio de 0,7. La mayor proporción de casos confirmados correspondió al sexo masculino (68,9 %), residente en áreas urbanas (80,3 %) y afiliadas a los regímenes subsidiado (49,7 %) y contributivo (44,8 %) (tabla 4).

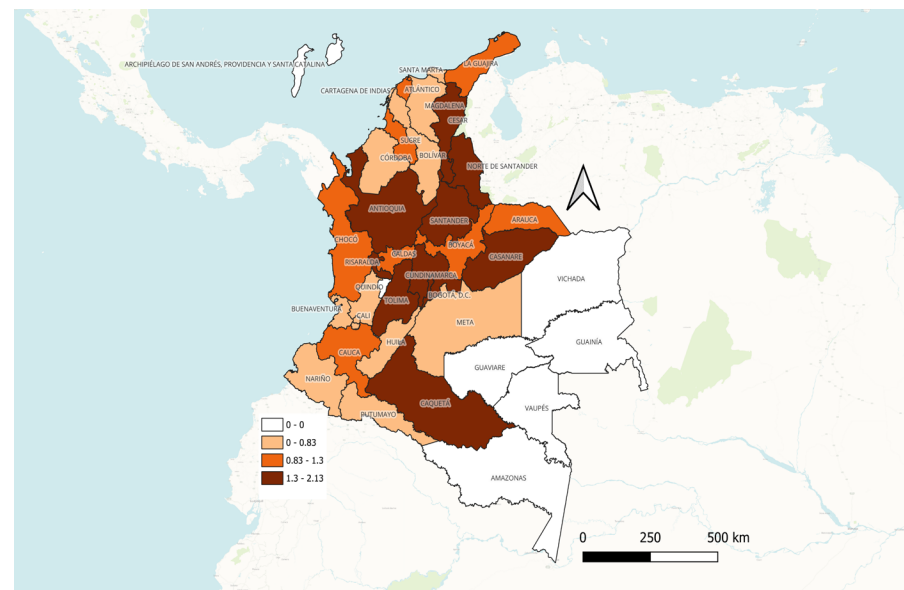
Tabla 4. Tasa estimada y proporción de casos confirmados de linfomas y neoplasias retículo endoteliales por grupo de edad, área y régimen de aseguramiento, Colombia, 2020-2025

Grupo de edad	Tasa estimada de linfomas y neoplasias retículoendoteliales						Tendencia	% Sexo		% Área		% Aseguramiento		
	2020	2021	2022	2023	2024	2025Pr		F	M	Urbana	Rural	Subsidiado	Contributivo	No asegurado
< 1 año	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	■ ■ ■ ■ ■ ■	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0
1 a 4 años	0,7	1,0	0,6	0,8	0,9	0,6	■ ■ ■ ■ ■ ■	2,7	6,6	4,9	4,4	7,1	2,2	0,0
5 a 9 años	1,2	1,2	1,4	1,4	1,3	1,4	■ ■ ■ ■ ■ ■	7,1	22,4	23,0	6,6	14,2	12,6	0,5
10 a 14 años	1,7	1,4	1,8	1,5	1,7	1,5	■ ■ ■ ■ ■ ■	9,8	24,6	28,4	6,0	15,3	17,5	0,0
15 a 17 años	2,2	1,8	2,4	2,3	2,9	1,9	■ ■ ■ ■ ■ ■	10,9	15,3	23,5	2,7	13,1	12,0	0,0

(preliminares) Proyecciones de población DANE
Pr: preliminar, F: femenino, M: masculino

La tasa general de notificación de linfomas y neoplasias retículo endoteliales en 2025 fue de 1,3 casos por cada 100 000 habitantes menores de 18 años. Las entidades territoriales de residencia con tasas superiores al percentil 75 (1,4), fueron Caquetá, Cundinamarca, Norte de Santander y Cartagena (2,1) cada uno, Bogotá, D.C. y Cali (1,9) cada uno, Santander (1,8), Risaralda (1,7) y Cesar, (1,6), (mapa 3).

Mapa 3. Tasa estimada de casos confirmados de linfomas y neoplasias retículo endoteliales por entidad territorial de residencia, Colombia 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 (datos preliminares), Proyecciones de población DANE

Indicadores de oportunidad de las leucemias agudas

La estimación de los tiempos de atención en leucemias se realiza mediante los indicadores de oportunidad establecidos en el protocolo de vigilancia epidemiológica para el evento 115.

- **Indicador de oportunidad de la presunción diagnóstica (OPDx):** evalúa el tiempo transcurrido entre la fecha de consulta y las fechas de resultado de las pruebas diagnósticas presuntivas.

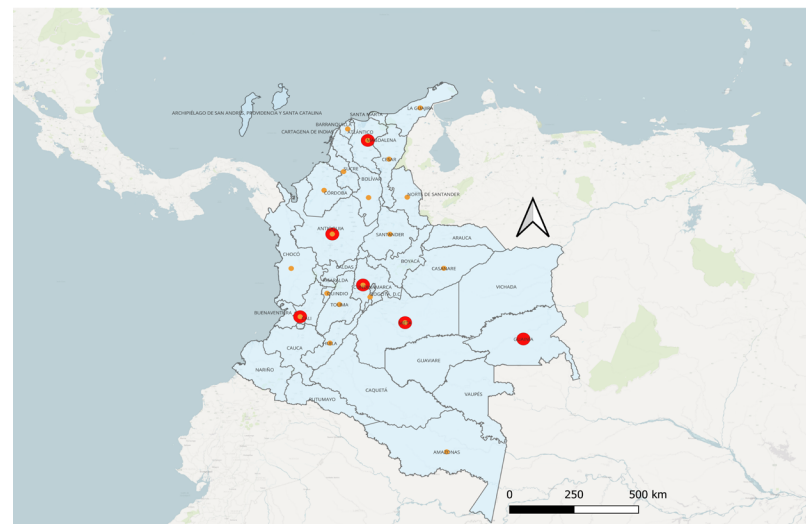
El análisis de este indicador durante 2024 y 2025 muestra que más del 80 % de los casos se encuentran dentro del punto de corte alta (≤ 2 días), evidenciando una mejora progresiva en la presunción de leucemias agudas. No obstante, el 19,9 % de los casos presentaron inoportunidad, ubicándose en el punto de corte de oportunidades medio (3 a 10 días), bajo (≥ 11 días) y SD (Sin dato).

En 2025, el indicador registró un promedio general de 1,9 días, dentro del punto de corte de alta oportunidad (≤ 2 días). Sin embargo, se evidenciaron casos de leucemia con tiempos superiores, clasificados en oportunidad media (color amarillo) y baja (color rojo), concentrados, por lugar de residencia, en las regiones de la Amazonia y el Caribe.

Con oportunidad media, por lugar de residencia, en la región Amazonía, Amazonas presentó un promedio de 7,0 días. En la región Caribe, La Guajira, Magdalena, Cesar, Bolívar, Atlántico, Sucre y Córdoba, así como los distritos de Santa Marta, Barranquilla y Cartagena de indias, registraron un promedio de 5,9 días. Bogotá, D.C. alcanzó un promedio de 5,2 días, mientras que la región Central (Huila, Tolima, Santander, Quindío, Antioquia, Cundinamarca y Norte de Santander) y la región Oriental (Meta y Casanare) presentaron promedios de 5,1 y 4,4 días, respectivamente.

Con oportunidad baja, se identificaron en la región Caribe al departamento de Magdalena y los distritos de Santa Marta y Cartagena de indias con un promedio de 26,5 días. En la región Pacífica, Valle del Cauca y Santiago de Cali registraron un promedio de 23,0 días. En la región Central, Antioquia y Cundinamarca alcanzaron un promedio de 14,5 días; en la región Oriental, Meta presentó un promedio de 14,0 días; y en la región Amazonía, Guainía registró un promedio de 11,0 días (mapa 4).

Mapa 4. Estimación del indicador OPDx baja y media de las leucemias en menores de 18 años, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 (datos preliminares), OPDx: Indicador de oportunidad de la presunción diagnóstica

- **Indicador de oportunidad en la confirmación diagnóstica (OCDx):** evalúa el tiempo transcurrido entre la fecha del resultado de la prueba diagnóstica presuntiva y la fecha del resultado de la prueba diagnóstica confirmatoria.

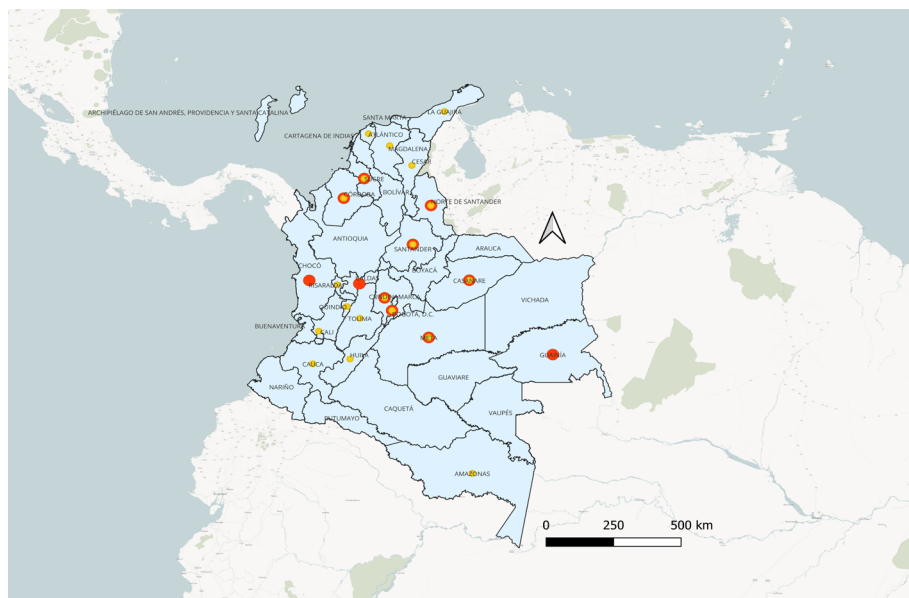
En los dos años evaluados, el indicador presentó un promedio estimado general de 4,4 días, ubicándose dentro del punto de corte de oportunidad alta (≤ 8 días). El 80 % de los casos se encontró dentro del punto de corte de ≤ 8 días, lo que refleja una alta oportunidad diagnóstica. En 2025, el 19,5 % de los casos presentó diagnóstico inoportuno, ubicándose en el punto de corte medio (9 a 15 días), bajo (≥ 16 días) y SD.

Las entidades territoriales de residencia clasificadas en el punto de corte de inoportunidad media fueron: la región Oriental, en donde Casanare y Meta registraron un promedio de 12,7 días; la región de la Amazonía (Amazonas) presentó un promedio de 12,0 días; Bogotá, D.C. tuvo promedio de 11,6 días; la región Caribe (Atlántico, La Guajira, Magdalena, Córdoba, Sucre Cesar, Cartagena de Indias y Barranquilla), alcanzó un promedio de 11,5 días; la región Central (Quindío, Norte de Santander, Huila, Santander, Risaralda,

Tolima y Cundinamarca), con un promedio de 11,2 días; y la región Pacífica (Santiago de Cali, Cauca y Valle del Cauca) registró un promedio de 10,2 días.

Con oportunidad baja se registraron en la región Amazonía, Guainía con un caso en revisión con un tiempo de 58,0 días. En la región Caribe, Sucre y Córdoba registraron un promedio de 44,3 días. En la región Oriental, Casanare y Meta presentaron un promedio de 37,5 días. En la región Central, Caldas, Norte de Santander, Santander y Cundinamarca alcanzaron un promedio de 23,1 días. Bogotá D.C. registró un promedio de 20,5 días; mientras que, en la región Pacífica, Chocó presentó un promedio de 17,0 días. (mapa 5).

Mapa 5. Estimación del indicador (OCDx) baja y media de las leucemias en menores de 18 años, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2025

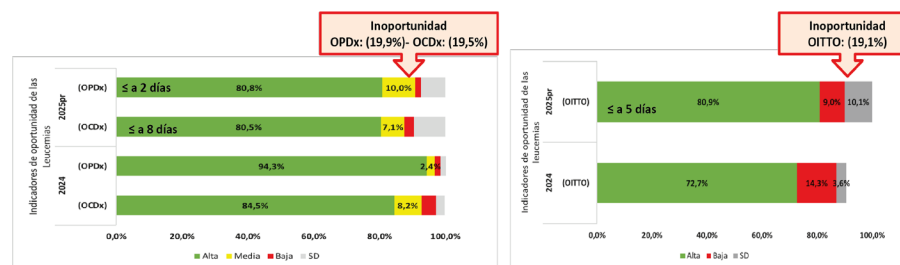


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 (datos preliminares).
OCDx: indicador de oportunidad en la confirmación diagnóstica

- **Indicador de oportunidad de inicio de tratamiento (OITTO):** evalúa el tiempo transcurrido entre la fecha de confirmación diagnóstica y la fecha de inicio del tratamiento.

El indicador presentó un promedio estimado general de 3,1 días, ubicándose dentro del punto de corte de oportunidad alta (≤ 5 días). En 2024, el 72,7 % de los casos se encontraba dentro del punto de corte de oportunidad alta (≤ 5 días); mientras que, para 2025 se observa un aumento al 80,9 %. No obstante, el 9,0 % de los casos de leucemia presentó inoportunidad baja (≥ 6 días) y el 10,1 % carece de registro de estas fechas, lo que evidencia fallas en la calidad del dato (figura 2).

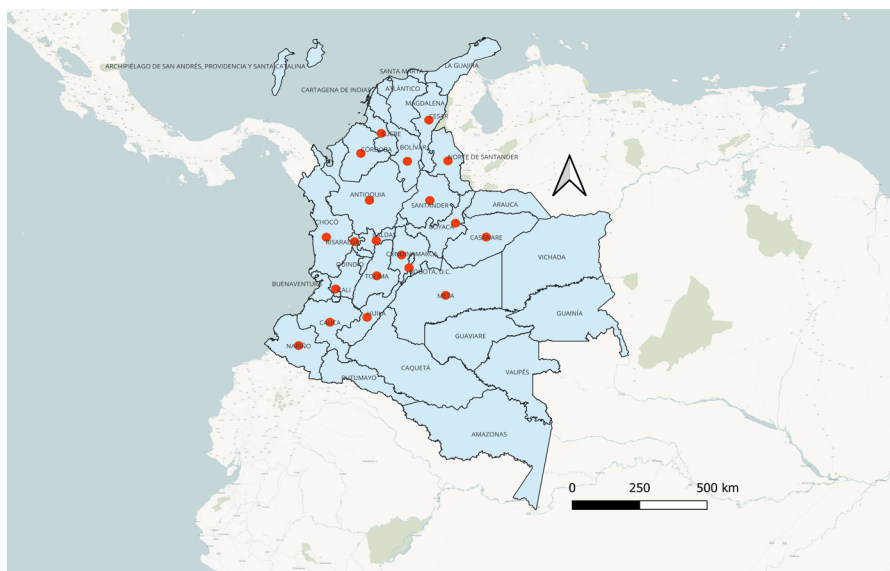
Figura 2. Estimación de los indicadores de oportunidad de las leucemias en menores de 18 años, Colombia 2024-2025pr



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2024-2025 (datos preliminares).
(OPDx): oportunidad en la presunción diagnóstica; (OCDx): oportunidad en la confirmación diagnóstica; (OITTO): oportunidad de inicio de tratamiento, Pr: preliminar

Por lugar de residencia, las regiones del país que registraron casos inoportunos fueron: la región Caribe en Sucre, Córdoba, Bolívar, Cesar, Santa Marta, Cartagena de Indias y Barranquilla, alcanzó un promedio de 26,0 días; la región Central en Risaralda, Caldas, Norte de Santander, Tolima, Santander, Huila, Boyacá, Cundinamarca y Antioquia con un promedio de 14,5 días; Bogotá, D.C. con un promedio de 9,0 días; la región Oriental en Casanare y Meta que registraron un promedio de 9,0 días; por último, la región Pacífica en Chocó, Cauca, Nariño, Valle del Cauca y Santiago de Cali presentó un promedio de 7,0 días (mapa 6).

Mapa 6. Estimación del indicador (OITTO) baja y media de las leucemias en menores de 18 años, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 (datos preliminares).
OITTO: Indicador de oportunidad de inicio de tratamiento

Conclusiones

- Entre 2020 al 2025 (datos preliminares), la notificación de cáncer en menores de 18 años en Colombia ha mostrado un comportamiento estable, con una tasa promedio histórica de 12,0 casos por cada 100 000 habitantes menores de 18 años, lo que evidencia una carga sostenida del evento en este grupo poblacional y resalta la importancia de su vigilancia continua.
- Las leucemias agudas constituyen la neoplasia hematológica más frecuente en menores de 18 años, con mayor afectación en niños y niñas de 1 a 4 años, predominando la LLA. En segundo lugar, se ubican los tumores sólidos del sistema nervioso central, con mayor frecuencia en los grupos etarios de 5 a 9 años y de 15 a 17 años; mientras que, los linfomas y neoplasias reticuloendoteliales afectan principalmente a adolescentes de 15 a 17 años. Este comportamiento es consistente con lo reportado a nivel internacional.
- En el análisis de los indicadores de oportunidad en leucemias, más del 80 % de los casos se ubican en el punto de corte de oportunidad alta; sin embargo,

persisten retrasos en la presunción diagnóstica, confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento en algunas entidades territoriales. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer estrategias orientadas a mejorar la atención oportuna, con énfasis en el diagnóstico temprano y el inicio oportuno del tratamiento, bajo un enfoque regional.

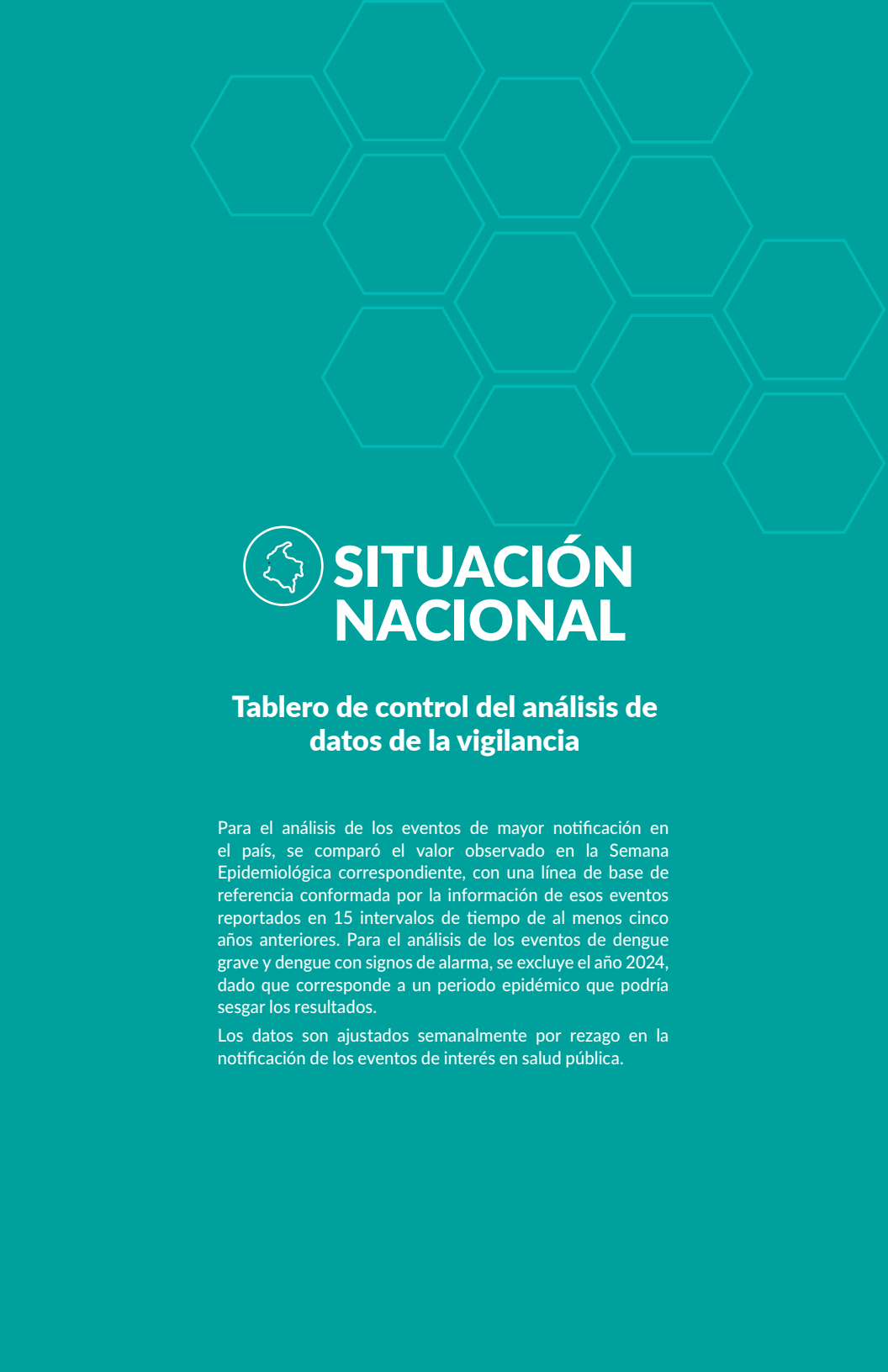
Recomendaciones

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica del cáncer en menores de 18 años, orientada a mejorar la calidad, oportunidad y consistencia del ajuste de los casos notificados al sistema de vigilancia en salud pública por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y entidades territoriales.
- Promover, por parte de las entidades territoriales, la difusión periódica y sistemática de los resultados de la vigilancia epidemiológica del cáncer en menor de 18 años, a través de espacios técnicos, comités y canales de comunicación institucional, que faciliten la toma de decisiones y el seguimiento de brechas en la atención por las EAPB.
- Realizar articulación entre las EAPB, las entidades territoriales y el programa de cáncer infantil, estrategias nacionales orientadas a optimizar la oportunidad en el diagnóstico y el inicio del tratamiento de las leucemias, priorizando las regiones y entidades territoriales que presentan mayores retrasos o comportamientos no esperados en los indicadores de oportunidad.

Referencias

- World Health Organization. Childhood cancer [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
- World Health Organization. Global initiative for childhood cancer [Internet]. 2023 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.who.int/activities/improving-childhood-cancer-cure-rate>
- International Agency for Research on Cancer. Childhood cancer statistics [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.iarc.who.int/cancer-type/childhood-cancer>

4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Implementación de la Iniciativa Mundial de la OMS contra el Cáncer Infantil en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington (DC): OPS; 2021 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53921>



SITUACIÓN NACIONAL

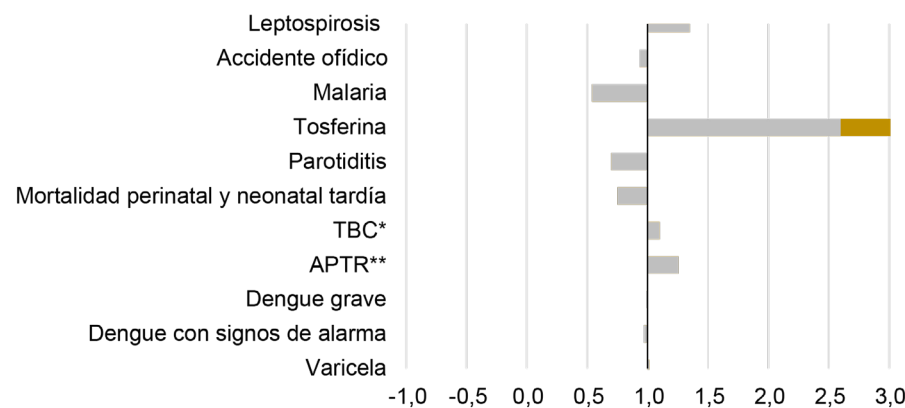
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 06 de 2026, el evento de tos ferina se encuentra por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 3).

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 06 del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026
*TBC: tuberculosis
**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró por debajo de lo esperado (tabla 5).

Tabla 5. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 06 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	19 077	19 750	-2,43	0,01

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 06 del 2026, el evento de zika se encuentra por encima de lo esperado, mientras que los eventos leishmaniasis cutánea y mucosa se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 6).

Tabla 6. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 06 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	6	0	0,00
Leishmaniasis cutánea	17	129	0,00
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,00
Mortalidad por dengue	4	3	0,20
Lepra	3	7	0,05
Fiebre tifoidea y paratifoidea	3	3	0,22
Chikunguña	0	0	1,00

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.

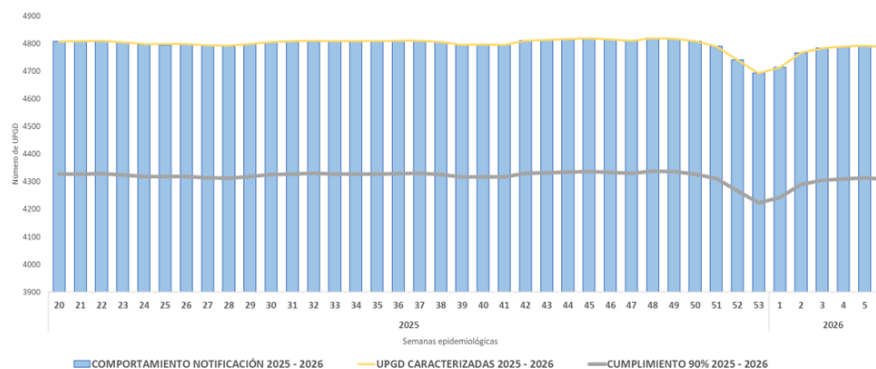
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100%, observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 06 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y respecto a la semana epidemiológica 06 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 100 % (4 787 / 4 787); observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y respecto a la semana epidemiológica 06 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el periodo 2025-2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %) establecido en 4 789 UPGD para la semana analizada (figura 4).

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 06 del 2026



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



Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 06 del 2026, se han notificado 56 muertes probables en menores de cinco años: 34 por infección respiratoria aguda (IRA), nueve (9) por desnutrición (DNT) aguda y 13 por enfermedad diarreica aguda (EDA). Todos los casos son población residente en Colombia. De estos casos se tienen: dos (2) confirmados, dos (2) descartados y 52 se encuentran en estudio (tabla 7).

Tabla 7. 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 06, 2025-2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 06 2025			Casos en estudio a SE 06 2026			Tasa a SE 06 2025			Tasa a SE 06 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	0	1	1	8	33	11	0.54	0.87	0.49	0.00	0.03	0.03
Antioquia	0	0	0	1	3	0	0.00	0.84	0.84	0.00	0.00	0.00
Arauca	0	0	0	0	0	0	0.00	1.20	0.00	0.00	0.00	0.00
Atlántico	0	0	0	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Barranquilla	0	0	0	0	0	0	0.00	0.90	0.00	0.00	0.00	0.00
Bogotá, D.C.	0	0	0	0	1	0	0.00	1.19	0.00	0.00	0.00	0.00
Bolívar	0	0	0	1	2	1	0.00	2.96	0.00	0.00	0.00	0.00
Boyacá	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1.75	0.00	0.00	0.00
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0.87	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Caldas	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	2.51	0.00	0.00	0.00
Santiago de Cali	0	0	0	0	1	0	0.00	3.90	0.00	0.00	0.00	0.00
Caquetá	0	0	0	0	0	0	0.81	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cartagena de Indias	0	0	0	0	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cauca	0	0	0	0	1	0	0.00	0.00	0.44	0.00	0.00	0.00
Cesar	0	1	0	1	3	0	4.61	0.00	1.54	0.00	0.75	0.00
Chocó	0	0	0	2	2	1	1.87	7.49	3.75	0.00	0.00	0.00
Córdoba	0	0	0	1	1	0	2.67	0.89	0.00	0.00	0.00	0.00
Cundinamarca	0	0	0	1	1	0	0.00	2.20	0.00	0.00	0.00	0.00
Guainía	0	0	0	0	0	0	0.00	1.16	0.00	0.00	0.00	0.00
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Huila	0	0	0	0	0	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
La Guajira	0	0	0	1	3	4	16.37	9.82	16.37	0.00	0.00	0.00
Magdalena	0	0	0	0	2	0	1.67	1.67	1.67	0.00	0.00	0.00
Meta	0	0	0	0	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Nariño	0	0	0	0	1	0	0.00	1.95	0.00	0.00	0.00	0.00
Putumayo	0	0	0	0	2	0	0.00	1.08	0.00	0.00	0.00	0.00
Quindío	0	0	0	0	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Risaralda	0	0	0	0	3	1	0.00	0.00	12.68	0.00	0.00	0.00
Santander	0	0	0	0	0	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sucre	0	0	0	0	0	1	0.00	10.29	0.00	0.00	0.00	0.00
Tolima	0	0	0	0	0	0	0.00	26.72	0.00	0.00	0.00	0.00
Valle del Cauca	0	0	0	0	0	0	11.91	11.91	0.00	0.00	0.00	0.00
Vaupés	0	0	1	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	18.23
Vichada	0	0	0	0	0	0	18.07	0.00	0.00	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 registran casos a SE 06 para los años 2025 y 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 06 del 2026 se han notificado 34 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, una (1) confirmada por laboratorio y 33 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 06 fueron 32, para una tasa de mortalidad de 0,9 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 06 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en la entidad territorial de Cesar, no hubo diferencias a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en el caso confirmado a semana epidemiológica 06 de 2026 son *Adenovirus*, *Enterovirus*, *Streptococcus pneumoniae* y Virus Sincitial Respiratorio (tabla 8).

Tabla 8. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a Semana Epidemiológica 53, 2024-2025.

Agente etiológico	2025						2025					
	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
Adenovirus	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Enterovirus	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Streptococcus pneumoniae	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Virus Sincitial Respiratorio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Rhinovirus	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SARS-CoV2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	1	2	0	0	0	3	4	0	0	0	0	4

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 06 de 2026 se ha notificado nueve (9) muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, una (1) descartada y ocho (8) se encuentran en estudio. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 06 fue de 20, para una tasa de mortalidad de 0,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 06 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de La Guajira 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 06 de 2026 se han notificado 13 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, una (1) confirmada y 12 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 06 fue de 18 para una tasa de mortalidad de 0,5 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 06 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales ni a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

Para el análisis del comportamiento inusual, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2022 y 2025 con corte al periodo de tiempo por analizar.

La clasificación final de los casos puede variar de acuerdo con la dinámica propia de la vigilancia y la conclusión de las unidades de análisis.

¹. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM <https://www.binass.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 06 de 2026 se notificaron al Sivigila cinco (5) casos: cuatro (4) muertes maternas tardías y una (1) muerte materna coincidente. El país acumula 15 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 14 residen en territorio colombiano y una reside en el exterior, por lo que no se incluye en el análisis (tabla 9).

Tabla 9. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 06, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	27	22	6	55
2024	29	23	8	60
2025p	18	10	6	34
2026p	14	11	8	33

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 13 entidades territoriales; en Antioquia se presentó el mayor número de casos. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observó diferencia estadísticamente significativa a nivel nacional, las entidades territoriales no presentaron diferencias estadísticamente significativas (tabla 10).

Al realizar el análisis por nivel municipal, se presentó un caso de muerte materna temprana en Nechí (Antioquia), Caucasia (Antioquia), Florencia (Caquetá), Padilla (Cauca), Valledupar (Cesar), Medio San Juan (Chocó), Subachoque (Cundinamarca), Tarqui (Huila), Caimito (Sucre) y Candelaria (Valle del Cauca); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 11).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 06 de 2026, el 64,3 % corresponde a causas directas y el 28,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 35,7 % (tabla 12).

Tabla 10. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 06	Acumulado de casos a SE 06	
		2025	2026
Colombia	27	18	14
Antioquia	2	1	2
Bogotá, D.C.	4	2	1
Caquetá	1	0	1
Cauca	1	0	1
Cesar	1	2	1
Chocó	1	1	1
Cundinamarca	1	2	1
Huila	1	0	1
La Guajira	3	1	1
Quindío	1	0	1
Santa Marta	1	0	1
Sucre	0	0	1
Valle del Cauca	0	0	1
Atlántico	1	0	0
Barranquilla	1	1	0
Bolívar	1	0	0
Santiago de Cali	1	1	0
Córdoba	1	0	0
Meta	1	0	0
Nariño	2	1	0
Norte de Santander	1	0	0
Risaralda	1	2	0
Santander	1	2	0
Tolima	1	1	0
Vichada	1	1	0

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

Tabla 11. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 06 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 06	Valor observado SE 06
Colombia	27	14
Nechí (Antioquia)	0	1*
Caucasia (Antioquia)	0	1*
Florencia (Cauquetá)	0	1*
Padilla (Cauca)	0	1*
Valledupar (Cesar)	0	1*
Medio San Juan (Chocó)	0	1*
Subachoque (Cundinamarca)	0	1*
Tarqui (Huila)	0	1*
Caimito (Sucre)	0	1*
Candelaria (Valle del Cauca)	0	1*

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

*Municipios que en el promedio histórico 2022 - 2025 no presentaron muertes maternas tempranas

Tabla 12. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 06 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 06	Número de casos y proporción a SE 06 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	24	29	100	18	100	14	100
DIRECTA	16	18	62,1	13	72,2	9	64,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	7	8	27,6	6	33,3	5	35,7
Hemorragia obstétrica	5	7	24,1	2	11,1	2	14,3
Sepsis obstétrica	1	1	3,4	1	5,6	1	7,1
Evento tromboembólico como causa básica	2	1	3,4	2	11,1	1	7,1
Embarazo ectópico	1	1	3,4	1	5,6	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	0	0,0	1	5,6	0	0,0
INDIRECTA	8	11	37,9	5	27,8	4	28,6
Otras causas indirectas	3	4	13,8	2	11,1	2	14,3
Otras causas indirectas: neumonía	1	1	3,4	1	5,6	1	7,1
Otras causas indirectas: cáncer	2	2	6,9	1	5,6	1	7,1
Sepsis no obstétrica	2	3	10,3	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	1	5,6	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	3,4	0	0,0	0	0,0
En estudio	0	0	0,0	0	0,0	1	7,1

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 06 del 2026 se han notificado 708 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 706 corresponden a residentes en Colombia y dos (2) a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D. C., Antioquia, Cundinamarca, Barranquilla y Santiago de Cali. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 06 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Córdoba, Cesar, Cauca, Bolívar, La Guajira, Nariño, Valle del Cauca, Chocó, Atlántico, Sucre, Cartagena de Indias y Arauca (tabla 13).

En el análisis desagregado por municipios se evidenciaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes: María La Baja (Bolívar), Guarne (Antioquia), Arjona (Bolívar), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), La Jagua de Ibirico (Cesar), Isnos (Huila), Santiago de Tolú (Sucre), El Cerrito (Valle del Cauca), San Juan de Urabá (Antioquia), Jambaló (Cauca), Pueblviejo (Magdalena) y Policarpa (Nariño) (tabla 14).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 41,6 %, seguido de neonatales tempranas con 27,3 %, neonatales tardías con 18,6 %, y las fetales intraparto con 12,5 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 22,0 %, seguido de prematuridad e inmaduridad con el 17,1 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,3 % (tabla 15). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 06 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 13. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 06 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 06	Acumulado de casos a SE 06	
		2025	2026
Colombia	884	641	706
Bogotá, D.C.	88	79	101
Antioquia	95	81	71
Cundinamarca	45	38	44
Barranquilla	28	14	31
Santiago de Cali	37	29	30
Córdoba	43	27	26
Huila	23	10	25
Cesar	30	28	23
Cauca	29	18	22
Bolívar	27	20	21
La Guajira	48	31	21
Norte de Santander	26	14	21
Santander	26	15	21
Meta	20	23	19
Nariño	26	25	19
Valle del Cauca	25	17	19
Chocó	24	12	18
Atlántico	28	20	17
Sucre	24	12	17
Tolima	19	12	17
Boyacá	16	10	14
Cartagena de Indias	30	22	14
Magdalena	17	18	13
Caldas	13	11	11
Risaralda	13	6	11
Quindío	8	5	10
Buenaventura	11	11	8
Caquetá	9	5	8
Santa Marta	11	4	8
Casanare	11	5	7
Arauca	11	3	6
Putumayo	8	4	6
Vichada	4	4	4
Guainía	2	0	2
San Andrés y Providencia	1	3	1
Amazonas	2	2	0
Guaviare	2	2	0
Vaupés	1	1	0

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

Tabla 14. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 06 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 06 2021 - 2025	Valor observado a SE 06 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	884	706	-
María La Baja (Bolívar)	1	5	1
Guarne (Antioquia)	0	4	2
Arjona (Bolívar)	1	4	1
Tunja (Boyacá)	1	4	3
Granada (Meta)	1	4	1
La Jagua de Ibirico (Cesar)	1	3	2
Isnos (Huila)	1	3	2
Santiago de Tolú (Sucre)	1	3	1
El Cerrito (Valle del Cauca)	1	3	1
San Juan de Urabá (Antioquia)	0	2	2
Jambaló (Cauca)	0	2	2
Puebloviejo (Magdalena)	0	2	3
Policarpa (Nariño)	0	2	1

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

Tabla 15. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 06, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 06, 2024-2026					
	2024 a SE 06	(%)	2025 a SE 06	(%)	2026 a SE 06	(%)
Colombia	738	100,0	641	100,0	706	100,0
Asfixia y causas relacionadas	197	26,7	190	29,6	155	22,0
Prematuridad-inmadurez	111	15,0	110	17,2	121	17,1
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	111	15,0	89	13,9	94	13,3
Sin información	0	0,0	21	3,3	79	11,2
Malformación congénita	63	8,5	50	7,8	59	8,4
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	103	14,0	53	8,3	57	8,1
Infecciones	63	8,5	54	8,4	49	6,9
Causas no específicas	21	2,8	16	2,5	35	5,0
Otras causas de muerte	42	5,7	37	5,8	35	5,0
Trastornos cardiovasculares	21	2,8	13	2,0	17	2,4
Lesión de causa externa	4	0,5	5	0,8	4	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	2	0,3	3	0,5	1	0,1

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



Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 06 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 y una variación porcentual negativa en hospitalizaciones en sala general y en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior; la cual no es estadísticamente significativa (30%, -30% respectivamente) (tabla 16).

Tabla 16. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 52 a 53 de 2025 y 01 a 06 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 52 a SE 53 2025 y SE 01 a 02 de 2026	SE 03 a 06 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	439 113	459 080	● 4,55%	
Hospitalización en sala general	23 039	20 953	● -9,05%	
Hospitalización en UCI/UCIM	3 046	2 636	● -13,46%	

*SE: Semana Epidemiológica

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 06 del 2026 se notificaron 120 632 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en Chocó, Magdalena, Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Caquetá, Huila, San Andrés y Vichada. 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 durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 06 del 2026) en 16 municipios (tabla 17).

Tabla 17. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica 01 a 06 del 2026

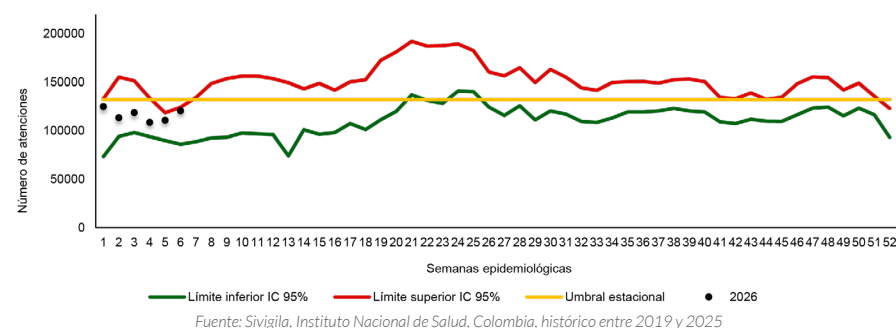
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	9 505	9 913	5 621	6 859
Antioquia	Bello	7 400	9 469	5 181	6 463
Atlántico	Soledad	8 467	8 697	5 605	5 943
Cundinamarca	Soacha	5 988	6 494	4 037	4 366
La Guajira	Maicao	6 013	5 955	3 100	4 128
Antioquia	Rionegro	4 027	5 432	2 346	3 657
La Guajira	Uribe	4 801	4 879	2 470	3 575
Cundinamarca	Chia	5 598	5 027	3 120	3 216
Antioquia	Envigado	2 811	4 603	1 848	3 074
Santander	Barrancabermeja	3 418	3 744	1 201	2 693
Risaralda	Dosquebradas	3 706	3 313	1 689	2 188
Cordoba	Sahagun	2 617	2 959	1 680	2 129
Santander	Floridablanca	2 732	2 848	1 330	1 883
Valle del Cauca	Palmira	3 698	2 804	1 809	1 677
Antioquia	Apartado	1 576	2 404	1 092	1 650
Cordoba	Cerete	1 934	2 196	589	1 556
Bolivar	Magangué	1 608	2 307	1 065	1 459
Magdalena	Ciénaga	2 592	2 256	1 455	1 419
Cundinamarca	Zipaquirá	2 089	2 105	1 312	1 376
Valle del Cauca	Cartago	2 198	1 973	1 217	1 274
Antioquia	Turbo	1 458	1 837	822	1 258
Boyacá	Sogamoso	1 637	1 848	1 069	1 205
Boyacá	Duitama	2 088	1 900	1 771	1 170
Norte de Santander	Ocaña	1 783	1 736	1 016	1 122
Cundinamarca	Girardot	1 980	1 768	1 276	1 116
Cordoba	Lorica	1 584	1 586	860	1 088
Cesar	Aguachica	1 020	1 260	898	891
Cundinamarca	Funza	1 679	1 216	711	882
Valle del Cauca	Yumbo	1 864	1 404	891	847
Cundinamarca	Facatativá	1 704	1 223	1 566	809
Valle del Cauca	Tuluá	2 091	1 168	909	744
Cundinamarca	Madrid	1 210	1 095	958	728
Casanare	Yopal	1 085	989	786	643
Valle del Cauca	Buenaventura	726	885	648	635
Santander	Piedecuesta	888	947	383	612
Atlántico	Malambo	499	840	377	584
Cauca	Santander de Quilichao	1 186	870	726	584
Huila	Pitalito	1 087	852	861	577
Norte de Santander	Villa del Rosario	848	798	631	562
Santander	Giron	646	676	344	503
Cundinamarca	Mosquera	435	575	374	362
Cauca	Guapi	571	529	152	316
Nariño	La Florida	103	116	33	76

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 06 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 28,2 % (123 698) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 20,4 % (89 697). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 9,1 % y los menores de un año con el 7,5 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante últimas cuatro semanas epidemiológicas se ha observado una tendencia al aumento, ubicándose en semana epidemiológica 06 sobre el límite superior (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 06 de 2026



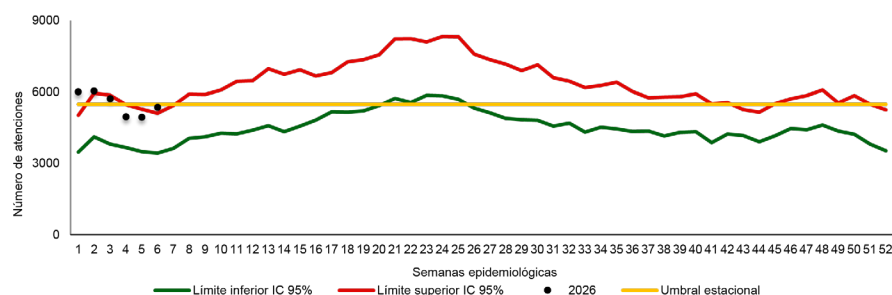
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 06 del 2026 se notificaron 5 359 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cesar, Chocó, Guainía, Huila y La Guajira e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Cordoba, Guaviare, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 17 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 06 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (7 336) representaron el 28,8 %, seguido de los menores de un año con el 17,7 % (2 281). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con 25,1 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 22,7 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, se observó que durante las semanas epidemiológicas 03 a 05 de 2026 las hospitalizaciones mostraron una tendencia descendente, manteniéndose por debajo del umbral estacional. No obstante, en la semana epidemiológica 06 se registra un nuevo incremento que supera el límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 06 de 2026

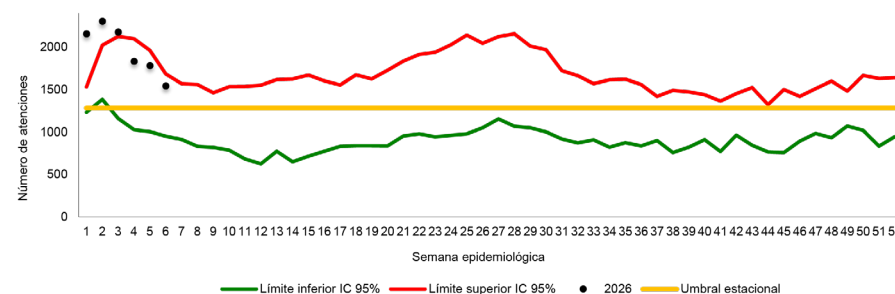


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2017 a 2025

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

En la semana epidemiológica 06 del 2026, se notificaron 1 544 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional de este grupo de edad desde la semana epidemiológica 01 a 03 de 2026 se ubicó por encima del límite superior, sin embargo, en la semana 04 a 06 se evidenció una disminución, situándose dentro de los límites esperados (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 06 de 2026



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

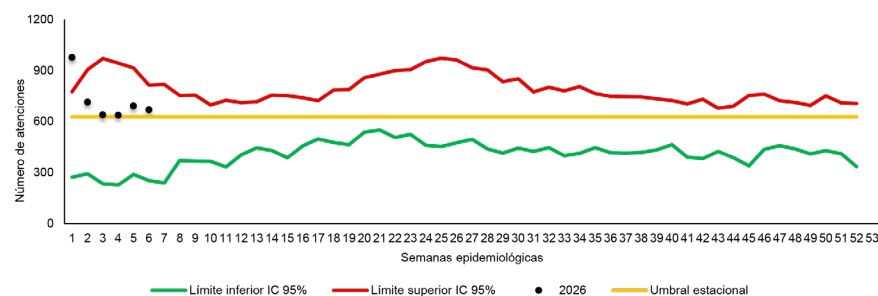
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 06 del 2026 se notificaron 669 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Atlántico, Santiago de Cali, Casanare, La Guajira, Norte de Santander, Quindío, Santa Marta y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Antioquia, Bolívar, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena, Meta y Nariño. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 06 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 40,1 % (1 058), seguido de los menores de un año con el 19,3 % (509) de las hospitalizaciones en este servicio. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con el 17,5 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 15,8 %.

En el canal endémico de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 05 de 2026 se ha ubicado por encima del umbral estacional (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 06 de 2026

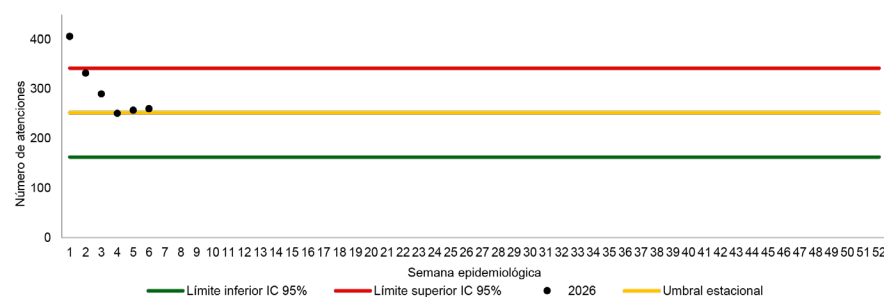


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2019 y 2025

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

En la semana epidemiológica 06 del 2026, se notificaron 260 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad, las hospitalizaciones correspondientes a las semanas epidemiológicas 04 y 06 de 2026 se situaron por encima del umbral estacional; no obstante, muestran un descenso frente a las semanas 01 a 03 de 2026 (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 05 de 2026



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

Durante las última cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual positiva en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias y una variación negativa en las hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de cinco años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, el servicio de consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM para semana 06 de 2026 se encontraron dentro de los límites esperados, sin embargo las hospitalizaciones en sala general se ubicaron por encima del límite superior.

El comportamiento observado en las atenciones por IRA está estrechamente asociado a factores ambientales y climáticos que influyen en la estacionalidad y transmisión de los virus respiratorios, lo que representa un elemento clave para la evaluación del riesgo epidemiológico en el territorio nacional. Para febrero de 2026, se prevén precipitaciones dentro de los valores normales en gran parte del país; sin embargo, la presencia de lluvias por encima de lo normal en la región Caribe y condiciones de alta humedad persistente en la región Pacífica y la Amazonía configuran escenarios favorables para la circulación de agentes respiratorios. Adicionalmente, aunque se espera una disminución de las precipitaciones en regiones como la Andina y los Llanos Orientales, la variabilidad climática y los contrastes regionales pueden favorecer cambios en la dinámica de transmisión, especialmente en poblaciones vulnerables. En este contexto, se mantiene un riesgo epidemiológico moderado para IRA, por lo que se recomienda fortalecer la vigilancia, la detección temprana de incrementos inusuales y la implementación oportuna de medidas de prevención y control, en particular en los grupos de mayor riesgo (1).

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

- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento).

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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

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

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 06, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un decremento general de la positividad y aumento para influenza A, los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 18). 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 18. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 52 de 2025 a 06 de 2026

Agente viral identificado	SE 52 DE 2025 a SE 02 de 2026			SE 03 a 06 del 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	65,0	71,0	55,7	57,5	61,6	55,8	
Rinovirus	14,0	18,5	5,1	16,2	15,9	17,2	
Virus sincitial respiratorio	17,2	25,4	2,6	16,7	26,8	-	
Enterovirus	4,2	3,1	7,7	6,0	2,9	13,8	
Adenovirus	4,2	6,2	2,6	6,0	6,5	-	
Influenza B	0,9	0,8	-	-	-	-	
Influenza A	18,1	10,8	35,9	22,2	14,5	31,0	
Parainfluenza	8,8	11,5	-	8,5	11,6	10,3	
Metapneumovirus	6,0	6,9	5,1	7,3	8,0	10,3	
A(H1N1)pdm09	14,9	7,7	25,6	6,8	3,6	13,8	
SARS-CoV2	3,3	3,1	2,6	1,3	1,4	-	
A(H3N2)	6,5	4,6	7,7	5,1	3,6	3,4	
Coronavirus	1,9	1,5	5,1	3,8	5,1	-	

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

Referencias

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

Metodología

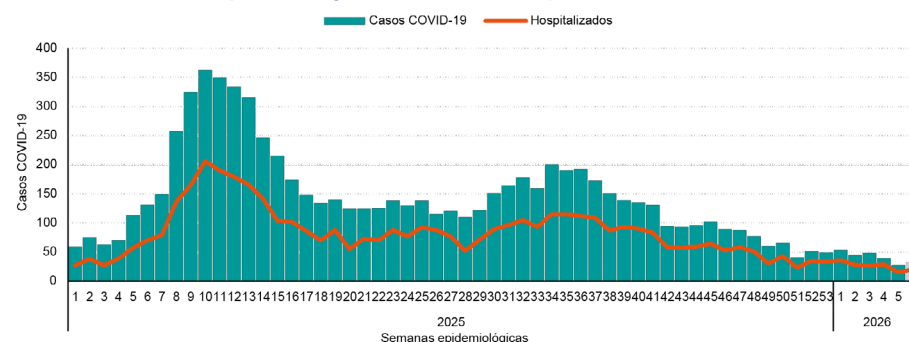
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 06 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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, semana epidemiológica (SE) 01 a 06, con corte al 14 de febrero (SE 06) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 243 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En las últimas cuatro semanas (SE 03 a 06 de 2026), se observó una disminución del 29,35 %, con 142 casos registrados en comparación con el periodo anterior (SE 52 a 53 de 2025 y SE 01 a 02 de 2026), en el cual se reportaron 201 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 24,62 % pasando de 130 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 98 casos en el periodo analizado (figura 10).

Figura 10. Comportamiento temporal de los casos de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01–53 de 2025 y 01–06 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, SE 01-53 de 2025 y 01-06 de 2026
*SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (SE 03 a 06 de 2026), se registró una incidencia de 0,27 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 22 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 63 municipios.

En comparación con el periodo anterior (SE 52 a 53 de 2025 y SE 01 y 02 de 2026), se evidencia un aumento en la notificación de COVID-19 a nivel departamental en: Antioquia y Sucre y en el nivel municipal en Sincelejo (Sucre).

Entre el periodo anterior (SE 52 a 53 de 2025 y SE 01 a 02 de 2026) y actual (SE 03 a 06 de 2026) se observa una disminución de los casos de COVID-19 en la mayoría de los grupos de edad. Las reducciones más marcadas corresponden al grupo de 80 a 89 años (-72,73 %), seguido 20 a 29 años (-57,14 %). En contraste, se registró un aumento en el grupo de 30 a 39 años, 2 a 4 años, 5 a 9 años y 10 a 19 años (tabla 19).

Tabla 19. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad, semanas epidemiológicas 52 de 2025 a 06 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 52-53 del 2025 y SE 01 a 02 del 2026	SE 03-06 2026		
Menor de un año	57	36	-36,84	
1 año	15	7	-53,33	
2 a 4 años	10	17	70,00	
5 a 9 años	6	9	50,00	
10 a 19 años	10	12	20,00	
20 a 29 años	14	6	-57,14	
30 a 39 años	5	12	140,00	
40 a 49 años	14	8	-42,86	
50 a 59 años	15	8	-46,67	
60 a 69 años	22	11	-50,00	
70 a 79 años	18	11	-38,89	
80 a 89 años	11	3	-72,73	
90 a 99 años	4	2	-50,00	
Mayor a 100 años	0	0	0,00	
Total	201	142	-29,35	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, Fuente: Sivigila, SE 52 de 2025 a 06 de 2026
PE: periodo epidemiológico

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

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 06 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 06 del 2025 se notificaron 2 635 casos de dengue: 2 032 casos de esta semana y 603 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 13 872 casos, 8 403 (60,6 %) sin signos de alarma, 5 321 (38,4 %) con signos de alarma y 148 (1,1 %) de dengue grave.

El 56,8 % (7 883) de los casos a nivel nacional proceden de Cesar, Cartagena de Indias, Meta, Norte de Santander, Santander, Santa Marta Tolima y Barranquilla.

Tabla 20. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 06 del 2026

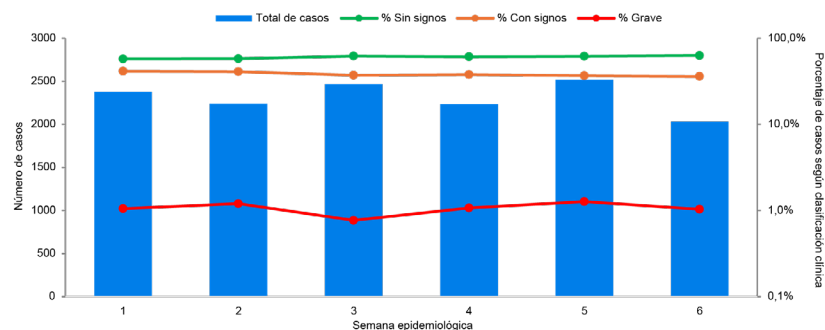
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 51-53 de 2025 y SE 01 2026)	Observado (SE 02-05 2026)
Cesar	1 257	56.3	0.5	691	842
Cartagena de Indias	1 249	21.5	0.7	1023	861
Meta	1 207	30.2	1.6	653	807
Norte de Santander	1 108	35.2	1.2	549	806
Santander	924	34.5	0.4	565	621
Santa Marta	725	41.0	0.3	553	489
Tolima	709	31.6	2.0	370	500
Barranquilla	704	41.3	0.9	544	488
La Guajira	661	59.0	2.1	387	457
Bolívar	633	37.3	2.1	410	414
Antioquia	596	35.2	1.0	371	412
Magdalena	579	54.6	0.3	348	402
Atlántico	518	48.1	1.0	414	345
Córdoba	484	47.5	1.9	317	316
Sucre	285	53.7	0.4	166	213
Valle del Cauca	255	25.5	1.2	184	177
Cundinamarca	245	40.4	1.2	162	147
Huila	220	40.0	3.2	105	148
Arauca	218	39.4	0.0	85	157
Santiago de Cali	214	28.5	0.9	158	146
Guaviare	201	13.4	0.0	66	111
Putumayo	143	15.4	0.7	66	87
Amazonas	117	16.2	0.0	66	81
Chocó	115	26.1	0.9	72	81
Casanare	83	27.7	0.0	43	60
Caquetá	67	53.7	6.0	27	37
Nariño	66	42.4	0.0	37	48
Quindío	61	27.9	1.6	38	42
Risaralda	41	46.3	0.0	40	29
Exterior	38	39.5	5.3	21	22
Boyacá	38	39.5	0.0	41	28
Cauca	34	35.3	2.9	21	21
Vaupés	33	0.0	0.0	15	33
Caldas	20	40.0	0.0	9	16
Vichada	10	30.0	0.0	14	4
Buenaventura	10	20.0	0.0	6	8
Archipiélago de San Andrés	3	0.0	0.0	2	3
Guainía	1	0.0	0.0	1	1
Colombia	13 872	38,4	1,1	8 640	9 460

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 02 a 05 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 51 a 53 de 2025 y 01 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Antioquia, Arauca, Caldas, Caquetá, Casanare, Guaviare, Huila, Norte de Santander, Putumayo, Tolima y Vaupés; y se observó una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Boyacá y Vichada; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 20).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39,5 % 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 02 - 05 de 2026) fueron: Atlántico, Caquetá, Cesar, Sucre y La Guajira.

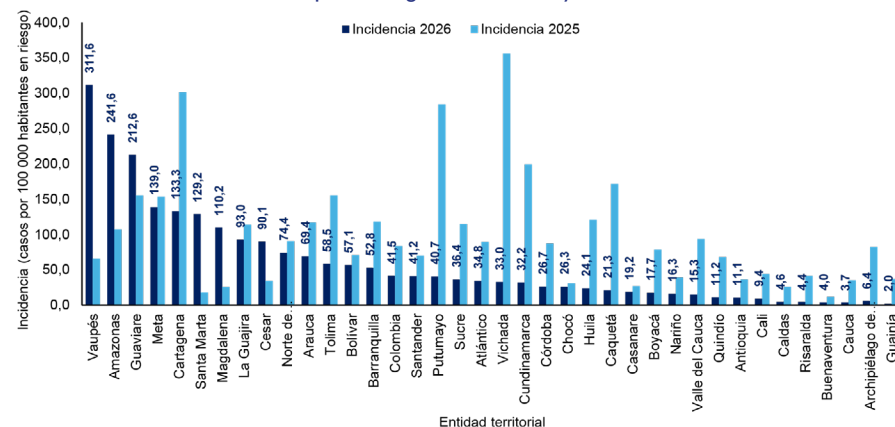
Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 06, 2026



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

A semana epidemiológica 06 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 41,5 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 83,8 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Vaupés, Amazonas, Guaviare, Meta, Cartagena de Indias, Santa Marta y Magdalena presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 06 del 2026 registrando tasas superiores a 100 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 82,6 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 06 del 2025 y 2026



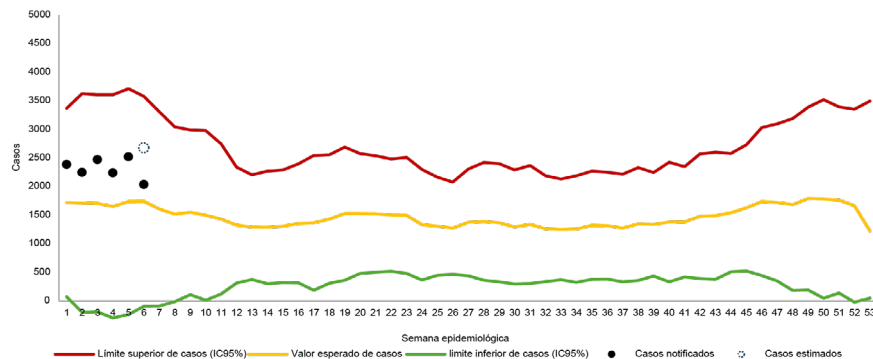
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 06 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 9,5 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 02-05 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 51 a 53 de 2025 y 01 de 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 37,8 % (14) está dentro de lo esperado, el 35,1 % (13) se encuentra en situación de alerta y el 27,0 % (10) supera el límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 21).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 06 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 13,9 % (115) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 22,8 % (13/57) están por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 22).

Figura 13. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 06 del 2026.



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

Tabla 21. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 06 del 2026

Situación epidemiológica a SE 06, 2026	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de febrero		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cartagena de Indias, Bolívar, Cesar	Magdalena, La Guajira, Norte de Santander, Santa Marta D.T.	Amazonas, Guaviare, Meta,
Alerta	Atlántico, Barranquilla, Córdoba	Antioquia, Chocó, Cundinamarca, Quindío, Nariño Tolima, Santander y Vaupés	Arauca y Vichada
Dentro de lo esperado	Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Sucre, Risaralda y Valle del Cauca	Boyacá, Caquetá, Cauca, Casanare, Putumayo, Santiago de Cali., Guainía y Huila.

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

Tabla 22. 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 06 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Esperado (SE 51-53, 2025 y SE 01 2026)	Observado (SE 02-05 2026)
Atlántico	Sabanalarga	41.7	43	24	30
Bolívar	Cartagena	118.4	1249	1023	861
Cesar	Valledupar	94.9	524	291	337
Córdoba	Cereté	30.0	33	22	16
La Guajira	Riohacha	123.6	259	164	178
	Maicao	69.8	134	70	87
Santa Marta	Santa Marta	131.2	725	553	489
Magdalena	Ciénaga	78.4	100	25	74
Meta	Villavicencio	177.1	903	489	611
Norte de Santander	Cúcuta	76.8	586	257	420
	Ocaña	49.7	59	44	41
Santander	Barrancabermeja	70.8	152	97	100
Arauca	Arauca	30.9	31	12	23

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

A semana epidemiológica 06 del 2026, se notificaron 33 muertes probables por dengue las cuales se ha confirmado 1 caso, se han descartado 2 casos y se encuentran en estudio 30 casos, de los cuales 1 caso procede del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,01 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 27 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 23).

Tabla 23. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 06, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 06, 2026	Letalidad por dengue a SE 06, 2025
	Confirmados	En estudio		
Norte de Santander	1	1	0,09	0,07
Córdoba	0	6	0,00	0,19
La Guajira	0	4	0,00	0,00
Tolima	0	3	0,00	0,05
Sucre	0	2	0,00	0,00
Antioquia	0	1	0,00	0,10
Atlántico	0	1	0,00	0,15
Barranquilla	0	1	0,00	0,13
Bolívar	0	1	0,00	0,13
Caquetá	0	1	0,00	0,00
Cundinamarca	0	1	0,00	0,00
Huila	0	1	0,00	0,18
Magdalena	0	1	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0,00	0,00
Quindío	0	1	0,00	0,00
Risaralda	0	1	0,00	0,52
Santander	0	1	0,00	0,06
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,00
Exterior	0	1	0,00	2,00
Colombia	1	29	0,01	0,10

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

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

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultarse el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace:

<http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 06 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 endemicidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

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

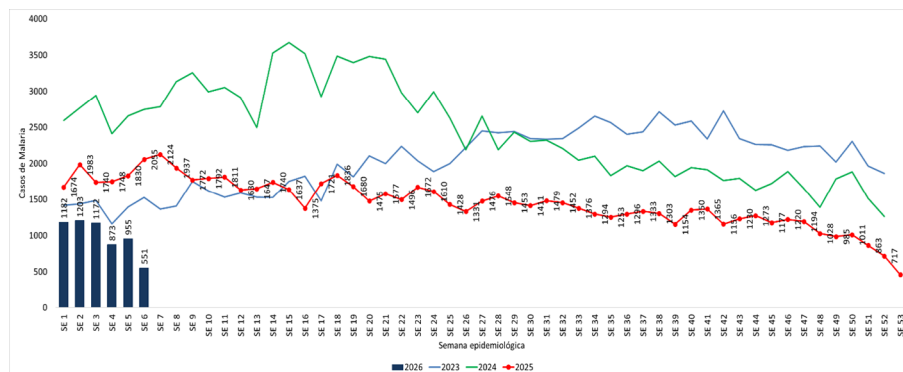
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 14. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 06 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 06 del 2026 se notificaron 1 077 casos de malaria, para un acumulado de 5 936 casos, de los cuales 5 810 son de malaria no complicada y 126 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 79,2 % (4 702), seguido de *Plasmodium falciparum* con 19,8 % (1 178) e infección mixta con 0,9 % (56). 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 (23,7 %), Antioquia (16,1 %), Córdoba (10,9 %), Guainía (8,8 %), Amazonas (6,4 %), Nariño (5,4 %), Risaralda (4,5 %), Meta (4,1), Bolívar (3,1 %), Vaupés (2,9 %), Vichada (2,8 %) Cauca (2,3 %) y Guaviare (2,3 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 70,5 % de los casos son los que se muestran en la tabla 24.

Tabla 24. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 51 a 53 de 2025 y 06 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 51 a 53 y SE 01 y 02 2026	Casos SE 03 a 06 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	481	97	285	12,69
Córdoba	Tierralta	380	98	215	3,81
Risaralda	Pueblo Rico	222	18	130	13,22
Antioquia	El Bagre	208	34	144	3,69
Meta	Puerto Gaitán	207	49	122	4,49
Chocó	Lloró	191	19	102	18,00
Chocó	Bagadó	178	10	103	15,03
Chocó	Quibdó	142	37	78	0,98
Amazonas	La Pedrera (CD)	138	39	70	32,44
Vaupés	Mitú	131	24	77	5,39
Córdoba	Puerto Libertador	118	10	79	2,60
Vichada	Puerto Carreño	117	21	78	5,17
Amazonas	Tarapacá (CD)	115	20	55	26,29
Chocó	Medio San Juan	109	41	65	9,27
Chocó	Istmina	99	29	69	2,93
Bolívar	Montecristo	93	31	53	5,06
Buenaventura	Buenaventura	85	18	49	0,26
Norte de Santander	Tibú	83	14	48	1,34
Antioquia	Turbo	80	5	49	0,59
Chocó	Carmen del Darién	78	20	53	3,52
Antioquia	Cáceres	78	11	52	2,50
Cauca	Guapi	77	14	47	2,61
Guaviare	San José del Guaviare	75	10	40	1,19
Nariño	El Charco	69	16	45	2,97
Chocó	El Cantón del San Pablo	60	2	35	8,69
Antioquia	Nechí	58	36	34	2,08
Chocó	Bajo Baudó	57	15	27	1,68
Antioquia	Chigorodó	55	14	37	0,88
Antioquia	Mutatá	55	7	34	3,66
Chocó	Tadó	53	9	30	2,63
Antioquia	Zaragoza	53	6	28	2,02
Chocó	Río Quito	52	0	37	5,68
Antioquia	Vigía del Fuerte	52	27	36	5,33
Córdoba	Montelíbano	48	27	36	0,55

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 70,5% 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 53,4 % de los casos; En comparación con el período anterior (SE 52 a 53 de 2025 y SE 01 y 02 2026) se evidencia decremento en los municipios de Tierralta, Puerto Gaitán, La Pedrera (CD), El Encanto, Tarapacá (CD), Montecristo y San José del Guaviare y en incremento los municipios de Pueblo Rico, El Bagre, Bagadó, Puerto Libertador y Puerto Carreño (tabla 25). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 64,0 % En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de El Charco, Istmina, Buenaventura, Río Quito, Bagadó y Timbiquí y en incremento los municipios de Quibdó, Inírida, Lloró, Puerto Gaitán, Medio San Juan, Tierralta, Magüi y Vigía del Fuerte como se muestra en la tabla 26.

Tabla 25. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 52 a 53 del 2025 y SE 01 a 06 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 52 a 53 de 2025 y SE 01 y 02 2026	Casos SE 03 a 06 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	263	260	-1%	9,4%
Córdoba	Tierralta	232	188	-19%	7,2%
Risaralda	Pueblo Rico	104	115	11%	4,7%
Meta	Puerto Gaitán	107	101	-6%	3,9%
Antioquia	El Bagre	98	132	35%	3,9%
Chocó	Lloró	74	76	3%	3,4%
Chocó	Bagadó	64	80	25%	2,9%
Vaupés	Mitú	73	76	4%	2,9%
Amazonas	La Pedrera (CD)	103	70	-32%	2,9%
Amazonas	Puerto Libertador	49	79	61%	2,3%
Amazonas	El Encanto	58	23	-60%	2,1%
Amazonas	Tarapacá (CD)	72	42	-42%	2,1%
Vichada	Puerto Carreño	57	77	35%	2,0%
Bolívar	Montecristo	70	50	-29%	1,9%
Guaviare	San José del Guaviare	43	39	-9%	1,8%

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

Tabla 26. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 52 a 53 del 2025 y SE 01 a 06 del 2026.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 52 a 53 de 2025 y SE 01 y 02 2026	Casos SE 03 a 06 2026	Variación	% Aporte Nacional
Cauca	Guapi	43	42	-2%	6,8%
Chocó	Quibdó	61	33	-46%	6,5%
Nariño	El Charco	36	41	14%	5,4%
Chocó	Istmina	24	39	63%	4,8%
Buenaventura	Buenaventura	27	34	26%	4,6%
Guainía	Inírida	29	22	-24%	4,6%
Chocó	Lloró	27	25	-7%	4,4%
Meta	Puerto Gaitán	26	20	-23%	4,0%
Chocó	Medio San Juan	37	31	-16%	4,0%
Córdoba	Tierralta	27	26	-4%	3,8%
Chocó	Río Quito	12	25	108%	3,4%
Chocó	Bagadó	21	23	10%	3,3%
Nariño	Magüi	20	15	-25%	3,1%
Cauca	Timbiquí	12	36	200%	2,9%
Antioquia	Vigía del Fuerte	29	15	-48%	2,5%

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 06 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; se encuentran ocho departamentos en situación de incremento y siete departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 37 municipios en incremento y 68 municipios en decremento (tabla 27).

Tabla 27. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 06 2025	Acumulado 2026	SE 06 2026	Esperado	Observado
Amazonas	La Chorrera (CD)	4	0	0	10	0	2	6
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	238	28	119	20	54	57
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	8	0	12	1	0	3
Amazonas	Leticia	4	25	7	12	1	2	7
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	75	0	0	23
Amazonas	La Pedrera (CD)	5	14	5	140	15	36	71
Antioquia	Anorí	3	5	0	31	4	16	22
Antioquia	Cáceres	4	47	9	79	25	32	52
Antioquia	Nechí	5	166	28	58	3	23	34
Antioquia	Yondó	4	12	9	15	1	2	8
Antioquia	El Bagre	5	337	79	211	30	141	147
Antioquia	Caucasia	4	42	13	32	2	12	24
Arauca	Saravena	4	113	11	18	3	1	12
Arauca	Fortul	4	4	0	7	0	0	6
Bolívar	Montecristo	5	148	30	103	14	48	59
Boyacá	Cubará	4	122	26	33	4	0	24
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	3	0	9	2	1	7
Caquetá	Solano	4	11	1	10	2	1	6
Caquetá	Cartagena del Chairá	4	3	0	5	1	1	4
Caquetá	Florencia	4	61	19	17	1	2	13
Chocó	El Carmen de Atrato	4	4	1	20	2	5	12
Chocó	Belén de Bajirá	5	27	5	45	4	11	30
Chocó	Istmina	5	143	29	99	15	65	69
Córdoba	Tuchín	4	16	0	18	1	3	12
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	2	2	9	2	1	9
Guainía	Inírida	5	261	37	482	44	246	286
Guainía	San Felipe (CD)	4	3	0	7	0	1	5
Meta	Puerto Gaitán	4	8	1	211	16	16	125
Meta	Villavicencio	4	7	1	11	0	2	10
Putumayo	Puerto Leguizamo	4	3	0	14	0	1	8
Risaralda	Pereira	4	4	1	7	0	1	6
Risaralda	La Virginia	4	10	6	12	2	2	9
Santander	Barrancabermeja	4	0	0	3	0	0	2
Sucre	Sincelejo	4	1	0	5	1	1	5
Valle del Cauca	Florida	4	0	0	4	0	0	4
Vaupés	Taraira	5	9	3	34	2	9	15
Vichada	Puerto Carreño	4	49	12	120	11	13	81

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 06 del 2026, se han notificado 2 303 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 2 294 corresponden a residentes en Colombia y 09 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (07 de 2025 a 06 de 2026) es de 0,54 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena (tabla 28).

El 82,7 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 17,3 % como desnutrición aguda severa. En los niños y niñas mayores de seis meses, el 6,0 % presentaron perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (27,9 %) y de 1 año (26,6 %). Según el área de residencia, el 66,4 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 06 del 2026, se identificó un comportamiento inusual de incremento en la notificación de casos de desnutrición aguda en los departamentos de Caldas, y de disminución en los departamentos de Cauca, Córdoba, Vichada y Guaviare; en el nivel nacional como en las demás entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 102 municipios a nivel nacional (9,2 %) y de disminución en 22 municipios (2,0 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 20 municipios (tabla 29).

Tabla 28. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 06, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 06 de 2025	Casos a SE 06 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	2 420	2 294	0,54	9,2	2,0
La Guajira	258	199	1,51	8,1	0,0
Vichada	17	10	1,18	15,0	0,0
Chocó	141	87	1,15	16,0	4,0
Magdalena	58	64	0,84	13,3	6,7
Guaviare	12	8	0,75	0,0	0,0
Risaralda	53	54	0,75	15,4	0,0
Arauca	29	32	0,70	28,6	28,6
Cartagena de Indias	68	60	0,64	0,0	0,0
Casanare	15	24	0,63	6,3	6,3
Amazonas	6	4	0,63	9,1	0,0
Vaupés	5	4	0,62	4,3	0,0
Cesar	119	83	0,61	4,8	2,4
Boyacá	51	63	0,60	22,2	2,2
Antioquia	344	323	0,58	13,6	0,8
Norte Santander	68	64	0,58	4,7	1,6
Bogotá, D.C	302	314	0,57	13,6	0,0
Bolívar	58	71	0,56	0,0	0,0
Guainía	4	4	0,53	6,0	0,9
Nariño	81	69	0,51	13,8	0,0
Cundinamarca	130	135	0,50	0,0	6,7
Putumayo	32	31	0,50	2,5	2,5
Buenaventura	19	14	0,48	0,0	0,0
Valle del Cauca	69	72	0,46	15,4	0,0
Santiago de Cali D.E.	63	66	0,46	0,0	0,0
Meta	41	45	0,44	17,2	6,9
Sucre	46	40	0,43	14,3	0,0
Huila	55	58	0,43	25,0	25,0
Santa Marta	18	12	0,39	0,0	0,0
Barranquilla	13	20	0,39	0,0	0,0
Tolima	39	49	0,37	5,7	2,3
Caquetá	12	22	0,36	7,4	0,0
Caldas	14	24	0,34	7,3	0,0
Atlántico	22	40	0,30	0,0	0,0
Santander	65	50	0,29	8,3	0,0
Córdoba	60	43	0,28	16,1	6,5
Quindío	6	8	0,26	0,0	0,0
Cauca	27	25	0,25	5,3	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	3	0,18	0,0	50,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 7 de 2025 a 06 de 2026

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

Tabla 29. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 06 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Atlántico	Soledad	11	20
La Guajira	Maicao	37	18
Córdoba	Montería	23	16
Tolima	Ibagué	6	15
Caquetá	Florencia	8	13
Valle del Cauca	Jamundí	7	13
Antioquia	Rionegro	5	11
Sucre	Sincelejo	5	11
Cesar	Aguachica	4	9
Risaralda	Dosquebradas	5	9
Antioquia	Itagüí	4	8
Valle del Cauca	Cartago	4	8
Valle del Cauca	Tuluá	2	8
Santander	Bucaramanga	15	6
Antioquia	Apartadó	10	2
Santander	Piedecuesta	6	2
Magdalena	Ciénaga	7	1
Norte de Santander	Villa del Rosario	6	1
Córdoba	Lorica	4	0
Cundinamarca	Girardot	6	0

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

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

Tos ferina

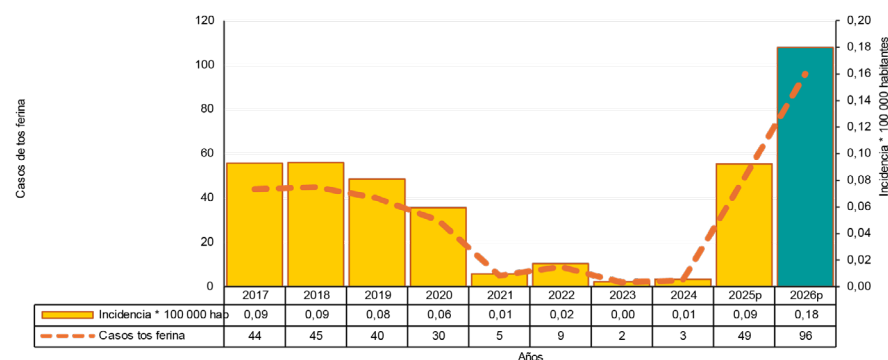
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 05 de 2026

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 (SE) 05 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 505 casos probables de tos ferina; de estos, el 19,01 % (96) se confirmó y corresponde a casos con procedencia de Colombia, el 43,56 % (220) corresponde a casos descartados y el 37,43 % (189) se encuentra en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante SE 05 es de 0,18 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 0,09 casos por cada 100 000 habitantes (figura 15).

Figura 15. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 05, 2017 al 2026p

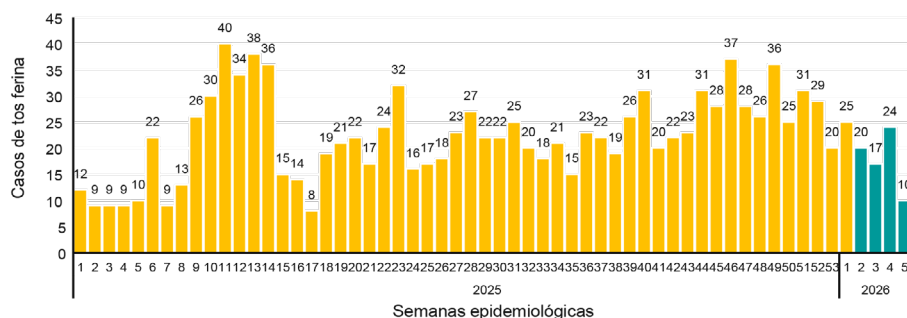


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026. Datos preliminares

p: dato preliminar sujeto a validación

La figura 16 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (SE 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la SE 06, con un pico máximo en la semana 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa, aunque con repuntes en las SE 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos) y 49 (36 casos). En las últimas cuatro SE se registró una reducción del 32,38 %, al pasar de 105 casos (SE 51-53 de 2025 y SE 01 de 2026) a 71 casos (SE 02-05 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 2025 y 01-05 de 2026p



Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 05 de 2026

*SE: semana epidemiológica

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 05, de 2019 a 2026

El mayor número de casos se registró en Cartagena de Indias, con una incidencia de 1,48 casos por cada 100 000 habitantes (15), le siguen Casanare con 0,84 (4), Risaralda con 0,70 (7) y Chocó con 0,67 casos por cada 100 000 habitantes (4).

La tabla 30 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026 (datos preliminares) para la misma semana epidemiológica.

Tabla 30. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 05, 2019 a 2026

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0,06	0,05	0,01	0,01	0,00	0,00	0,07	0,13		69
Cartagena de Indias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,48		14
Antioquia	0,14	0,08	0,03	0,03	0,00	0,00	0,22	0,14		10
Risaralda	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,70		6
La Guajira	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,85		6
Santiago de Cali	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18		4
Santander	0,00	0,09	0,04	0,00	0,00	0,00	0,04	0,17		4
Bogotá, D.C.	0,08	0,04	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,05		4
Casanare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,84		3
Cesar	0,00	0,15	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,20		3
Bolívar	0,00	0,17	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16		2
Boyacá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15		2
Cauca	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19		2
Putumayo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25		1
Chocó	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33		1
Sucre	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10		1
Meta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,09		1
Huila	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,08		1
Barranquilla	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,08		1
Atlántico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06		1
Norte de Santander	0,26	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06		1
Cundinamarca	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,03		1

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2019 a 2026 (datos preliminares)

En las últimas cuatro semanas, la incidencia nacional fue de 0,13 casos por cada 100 000 habitantes (71 casos). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas (SE 02-05 de 2026) en: Antioquia, Chocó, Huila, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Casanare y Putumayo (tabla 31).

Tabla 31. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia, por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas 02 a 05 de 2026

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 51-53 de 2025 y SE 01 de 2026)	Casos PE actual (SE 02-05 de 2026)	Incidencia PE anterior (SE 51-53 de 2025 y SE 01 de 2026)	Casos PE actual (SE 02-05 de 2026)	Tendencia
Colombia	105	71	0,20	0,13	
Antioquia	13	17	0,19	0,25	
Chocó	2	4	0,34	0,67	
Huila	0	2	0,00	0,17	
Risaralda	5	6	0,50	0,60	
Santander	2	3	0,08	0,13	
Sucre	0	1	0,00	0,10	
Tolima	0	1	0,00	0,07	
Casanare	1	3	0,21	0,63	
Putumayo	0	1	0,00	0,26	
Atlántico	4	0	0,25	0,00	
Barranquilla	3	2	0,23	0,16	
Bogotá, D.C.	18	8	0,23	0,10	
Bolívar	3	2	0,24	0,16	
Cartagena de Indias	19	9	1,88	0,89	
Caldas	1	0	0,09	0,00	
Caquetá	1	0	0,23	0,00	
Cesar	8	1	0,54	0,07	
Córdoba	3	0	0,15	0,00	
Cundinamarca	2	0	0,06	0,00	
La Guajira	5	2	0,47	0,19	
Santa Marta	1	0	0,17	0,00	
Meta	1	0	0,09	0,00	
Quindío	1	0	0,18	0,00	
Santiago de Cali	5	2	0,22	0,09	

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

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

En 2026 (SE 05), se identificaron 21 casos confirmados de tos ferina en población indígena distribuidos así: Antioquia (5), Risaralda (4), Santander (3), Chocó (4), Cauca (2) y La Guajira, Boyacá y Casanare con un caso cada uno. Los brotes en seguimiento se detallan en la tabla 32.

Tabla 32. Brotes de tos ferina en seguimiento, Colombia, 2026 datos preliminares

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

FIS: fecha de inicio de síntomas

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



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización de fiebre amarilla a nivel nacional, 17 de febrero 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.

A corte del 17 de febrero 2026 (datos preliminares), se han notificado 234 casos probables, 24 confirmados (23 por laboratorio y uno (1) por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero y el 13 de febrero de 2026, todos procedentes del Tolima. Igualmente, se han notificado 13 muertes probables, 10 confirmados y tres (3) en estudio, lo que representa una letalidad de 41,6 % (10/24).

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 172 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 de 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 69 casos y tres (3) se encuentran en estudio (letalidad del 40,1 %). Entre el 10 y 17 de febrero de 2026 se han confirmado tres (3) casos de fiebre amarilla, con procedencia de Chaparral (Tolima), uno (1) de ellos fallecido y está en estudio.

Respecto a las epizootias, durante 2025 y 2026 (datos preliminares) se han confirmado 82 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). El último caso se confirmó el 14 de febrero de 2026 por parte del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) en zona rural del municipio de Chaparral (Tolima).

Nota aclaratoria: la semana epidemiológica 53 (28 de diciembre al 03 enero de 2026) y la 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 tres (3) casos en estudio.

Frente frío Córdoba, 16 de febrero 2026

En Córdoba, durante el periodo reciente de emergencia, se han reportado afectaciones en 25 municipios (83 % del territorio), con un saldo de siete (7) personas fallecidas y trece lesionadas. Se identificaron 33 establecimientos de salud impactados, cinco (5) de ellos con daños estructurales y 28 por inundación. Se mantiene alerta roja en Tierralta, San Pelayo, Cotorra y Lorica, mientras que la hidroeléctrica Urrá ha incrementado las descargas hacia el río Sinú (1) (IDEAM, 2026).

En la semana epidemiológica (SE) 06, el equipo de respuesta inmediata (ERI) nacional orientó el fortalecimiento del Sistema Comando de Incidentes (SCI), con énfasis en roles de mando, planificación, operaciones, logística, finanzas, enlace e información pública. Se capacitaron 111 evaluadores para alojamiento temporal de emergencia (ATE) Early Warning and Response System (EWARS) y 27 para salud, y se consolidó un SitRep nacional semanal.

A nivel territorial, se implementó SitRep diario, reporte al Puesto de Mando Unificado (PMU) y Ministerio de Salud y Protección Social. Se realiza implementación de la estrategia EDAN Salud (evaluación de daños y análisis de salud en situaciones de desastre) y para establecimientos la herramienta ERES (Herramienta de Evaluación Rápida de Establecimientos de Salud). A nivel de cooperación, se realizó el registro, mapeo de socios y capacidades médicas y a nivel logístico, se empleó el sistema digital Sistock (de la OPS) y se realizó entrenamiento de personal.

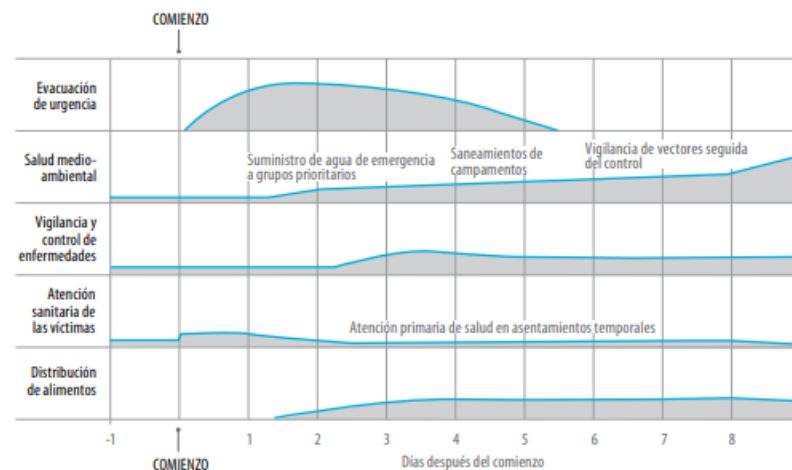
El plan de acción sectorial se estructura en seis ejes: vigilancia epidemiológica, continuidad de servicios, salud ambiental, atención a poblaciones vulnerables, gestión financiera y coordinación intersectorial. Las fases operativas contemplan acciones de contención y vigilancia intensiva entre los días 1 y 15; estabilización de servicios entre los días 16 y 45; y un periodo de recuperación y fortalecimiento hasta el día 90.

A continuación, se presenta una gráfica que muestra la secuencia temporal de acciones en respuesta a una emergencia, organizada por categorías clave de intervención:

- **Evacuación de urgencia:** ocurre de manera inmediata, incluso antes del “día cero” del evento, para proteger la vida.
- **Salud medioambiental:** incluye suministro de agua de emergencia, saneamiento de campamentos y control de vectores, iniciándose desde los primeros días y manteniéndose en el tiempo.
- **Vigilancia y control de enfermedades:** comienza casi de inmediato, con fortalecimiento e intensificación de la vigilancia epidemiológica.
- **Atención sanitaria de las víctimas:** se activa desde el inicio con atención primaria en alojamientos temporales y continúa durante toda la fase de respuesta.
- **Distribución de alimentos:** se organiza en los primeros días y se mantiene mientras dure la emergencia.

El eje horizontal (días después del comienzo) refleja cómo cada acción se despliega y se sostiene en el tiempo, mostrando que algunas son inmediatas y breves (evacuación), mientras otras requieren continuidad (agua, vigilancia, atención médica) (figura 17).

Figura 17. Evolución temporal de las necesidades y prioridades en la fase aguda posterior a inundaciones



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; OPS/OMS. Guía para la preparación de planes de contingencia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-10/Guia-operativa-respuesta-salud-AECID.pdf>

Desde el enfoque de salud pública, el incremento sostenido de precipitaciones en Córdoba puede modificar y amplificar el comportamiento epidemiológico de los eventos de interés en salud pública, especialmente en poblaciones asentadas en Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE), donde la exposición a riesgos ambientales, sanitarios y biológicos es mayor. Entre los eventos priorizados se encuentran enfermedades transmitidas por agua y alimentos (EDA, cólera, hepatitis A, leptospirosis), enfermedades transmitidas por vectores (dengue, chikunguña, zika y malaria), infecciones respiratorias agudas (incluyendo IRAG inusitado, COVID-19 y tosferina), eventos no transmisibles como intento de suicidio, violencia de género e intrafamiliar, morbilidad materna extrema, y casos de varicela.

A corte del 16 de febrero de 2026, se registraron 112 ATE, de los cuales 85 se encuentran activos, 42 caracterizados en EWARS, 43 pendientes de caracterización y 27 cerrados. La vigilancia sindrómica en ATE del 15 de febrero de 2026 reportó brote de IRAG en Montería (Coliseo de Ferias), siete (7) casos de malaria en Tierralta (Mazamorra (1), El Banquito (1) y Cerro Las Tetras (5)) y un (1) accidente ofídico en Montelíbano.

En la semana epidemiológica 05 de 2026 se identificó comportamiento inusual de eventos priorizados en los siguientes municipios:

Evento	No. Municipios	Nombre del municipio
Morbilidad por IRA – consulta externa y urgencias	15	Valencia, Ayapel, San Andrés Sotavento, Chimá, Tierralta, La Apartada, Canalete, Montelíbano, Cereté, Buenavista, Planeta Rica, Ciénaga de Oro, Pueblo Nuevo, San Antero y Puerto Libertador.
Dengue grave y dengue con signos de alarma	12	Tuchín, Ayapel, San Andrés Sotavento, Cotorra, Montelíbano, Cereté, Buenavista, Planeta Rica, Ciénaga de Oro, Moñitos, San Antero y Puerto Libertador.
Morbilidad por EDA	11	Ayapel, Tierralta, Canalete, Cereté, Buenavista, San Bernardo del Viento, Ciénaga de Oro, Pueblo Nuevo, San Antero, San Carlos y Puerto Libertador.
Accidente ofídico	8	Ayapel, Montería, Los Córdoba, Canalete, San José de Uré, Sahagún, Cereté y San Antero.
Violencia de género e intrafamiliar	4	San José de Uré, Ciénaga de Oro, Moñitos y San Antero
Leptospirosis	3	Valencia, Montería y Cereté.
Morbilidad materna extrema	3	San José de Uré, San Bernardo del Viento y San Antero.
Desnutrición en menores de cinco años	2	Chinú y Pueblo Nuevo

Morbilidad por IRA-hospitalizaciones en sala general	2	Lorica y Sahagún.
Malaria	2	Tuchín y San Andrés Sotavento.
IRAG Inusitado	1	Cereté

Elaboración propia

Se recomienda fortalecer la detección temprana y confirmación diagnóstica, vigilancia activa y búsqueda comunitaria, definición operativa de caso y notificación inmediata, así como el cumplimiento de algoritmos diagnósticos y el uso oportuno de pruebas de laboratorio según evento. La situación es preliminar y continúa en seguimiento por el grupo de factores de riesgo ambientales.

Fuente: Sala de análisis nacional, febrero 16 de 2026

Brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en población de interés especial, Ciénaga (Magdalena) 12 febrero de 2026

El 06 de febrero de 2026 se identificó y notificó un brote de ETA en población beneficiaria de un servicio de apoyo comunitario del municipio de Ciénaga (Magdalena) realizándose la Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) el 07 de febrero. Al 12 de febrero, se han confirmado 37 casos entre 175 personas expuestas, correspondiente a una tasa de ataque del 21,1 %, sin registro de hospitalizaciones ni fallecimientos. Durante la respuesta, el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) municipal efectuó Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) e Institucional (BAI), así como una visita de Inspección, Vigilancia y Control (IVC).

Se recomienda verificar las condiciones sanitarias, almacenamiento de los alimentos, asegurar el cumplimiento de la cadena de frío y fortalecer la educación sanitaria dirigida a manipuladores y población beneficiaria. Se encuentran pendientes los resultados de las muestras biológicas tomadas durante la investigación. La información está sujeta a cambios y continúa en seguimiento por el referente responsable.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud de Ciénaga (Magdalena).

ALERTAS INTERNACIONALES

Mpox: virus recombinante con elementos genómicos de los clados Ib y IIb a nivel global. Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fecha de publicación: 14 de febrero de 2026

En 2025 se documentó la recombinación de cepas del virus de mpox, con dos casos reportados de una cepa recombinante que comprende los clados Ib y IIb. El primer caso se detectó en el Reino Unido (diciembre de 2025), con antecedentes de viajes a un país del Sudeste Asiático, y el segundo en la India (septiembre de 2025 y se clasificó retrospectivamente en enero de 2026), con antecedentes de viajes a un país de la Península Arábiga. Ambos casos tuvieron una presentación clínica similar a la observada para otros clados, sin presentar complicaciones graves.

El análisis detallado de los genomas del virus muestra que los dos individuos enfermaron con varias semanas de diferencia con la misma cepa recombinante, lo que sugiere que puede haber más casos de los que se notifican actualmente. A la fecha se completó el rastreo de contactos, sin identificar casos secundarios. La evaluación general de riesgos para la salud pública de la OMS para mpox de acuerdo con la información disponible permanece sin cambios: el riesgo se evalúa como moderado para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con parejas nuevas o múltiples y para trabajadores sexuales u otras personas con múltiples parejas sexuales ocasionales, y bajo para la población general sin factores de riesgo específicos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Mpox: virus recombinante con elementos genómicos de los clados Ib y IIb a nivel global. Fecha de publicación: 14 de febrero de 2026. Fecha de consulta: 14 de febrero de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON595>

Situación epidemiológica de sarampión en México, Secretaría de Salud de México, febrero 16 de 2026

Desde el 01 de enero de 2025 hasta el 13 de febrero de 2026 se han confirmado 9 478 casos de sarampión en México (6 432 en 2025 y 3 046 en 2026). De éstos, 155 fueron confirmados en la semana epidemiológica 06 de 2026. El grupo de edad con el mayor número de casos es de 1 a 4 años (1 391 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (1 158 casos) y el de 25 a 29 años (1 053 casos). Durante el mismo periodo se han confirmado 29 defunciones acumuladas (27 en 2025 y 2 en 2026). Los estados con el mayor número de casos en el periodo son Chihuahua

con 4 508 casos y Jalisco con 2 429 casos; y en el año 2026 los estados de Jalisco y Chiapas son los que han reportado el mayor número de casos.

Fuente: Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 16 de febrero de 2026. Fecha de consulta: 16 de febrero de 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1057079/INFORME_DIARIO_SARAMPION_20260213.pdf

Situación epidemiológica de sarampión en Estados Unidos. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

Fecha de publicación: 13 de febrero de 2026

En 2026, hasta el 12 de febrero, se habían notificado 910 casos confirmados de sarampión en el país. De éstos, seis (6) fueron notificados entre visitantes internacionales y 904 casos fueron reportados por 24 jurisdicciones: Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Kentucky, Maine, Minnesota, Nebraska, Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wisconsin.

Del total de casos en 2026, por grupo de edad, el 58 % corresponden al grupo de 5 a 19 años, seguido del 25 % para el grupo de menores de 5 años, 15 % para el grupo de mayores de 20 años y el 2 % no tienen dato de edad. Con respecto al estado de vacunación de los casos confirmados, el 94 % no estaban vacunados o su estado era desconocido, el 3 % contaban con dos dosis de vacunación y el 2 % contaba con una dosis de vacunación. El 3 % (30/910) de los casos ha requerido hospitalización. En 2026 no se han reportado muertes secundarias a la enfermedad.

Fuente: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Casos y brotes de sarampión. Fecha de publicación: 13 de febrero de 2026. Fecha de consulta: 18 de febrero de 2026. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 06 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 06

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	5	0	1	57	29	39	117	43	81	19	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	79	12	15	2504	1381	1713	596	349	412	210	144	137	6	3	6	23	73	19	15	6	9
Arauca	17	3	1	140	56	89	218	42	157	86	14	58	0	0	0	0	1	0	2	6	4
Atlántico	4	2	0	499	277	320	518	290	345	249	167	177	5	6	3	0	1	0	2	1	2
Barranquilla D.E.	1	0	0	578	270	416	704	542	488	291	255	207	6	10	5	0	0	0	9	3	6
Bogotá D.C.	0	0	0	2963	1732	1999	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	18	1	0	1	1
Bolívar	29	5	6	332	218	209	633	221	414	236	111	160	13	3	6	1	0	1	1	0	0
Boyacá	9	1	1	843	466	545	38	42	28	15	16	9	0	0	0	1	1	0	1	1	1
Buenaventura D.E.	4	0	1	33	13	21	10	21	8	2	9	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	10	1	1	493	289	319	20	27	16	8	15	6	0	0	0	1	1	1	3	2	4
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	677	408	453	214	726	146	61	336	39	2	8	0	0	12	0	25	14	14
Caquetá	23	3	4	160	87	100	67	186	37	36	104	19	4	3	2	0	0	0	1	0	2
Cartagena de Indias D.T.	4	0	1	303	141	189	1249	277	861	269	127	182	9	6	3	0	0	0	0	0	0
Casanare	10	2	3	278	112	195	83	108	60	23	51	16	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Cauca	21	4	3	708	425	469	34	94	21	12	36	8	1	1	1	0	7	0	5	1	5
Cesar	18	3	2	325	194	232	1257	302	842	708	200	470	6	5	5	0	3	0	0	3	0
Chocó	30	4	5	44	15	29	115	47	81	30	11	20	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Córdoba	39	7	9	652	378	439	484	298	316	230	150	152	9	3	7	0	1	0	1	0	1
Cundinamarca	14	3	4	1975	1027	1281	245	319	147	99	147	58	3	2	2	1	3	1	2	1	2
Guainía	3	0	0	27	11	13	1	8	1	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Guaviare	9	2	1	36	30	24	201	34	111	27	8	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	15	2	2	890	459	597	220	433	148	88	190	69	7	11	5	1	1	0	1	0	1
La Guajira	19	2	1	268	154	184	661	206	457	390	152	275	14	5	11	2	1	2	2	1	1
Magdalena	17	3	2	247	183	147	579	100	402	316	70	202	2	2	1	0	0	0	6	1	0
Meta	29	4	5	614	299	407	1207	418	807	364	179	247	19	3	14	1	4	1	2	1	3
Nariño	14	2	6	933	517	634	66	55	48	28	18	22	0	1	0	0	1	0	3	2	1
Norte de Santander	49	11	13	833	416	546	1108	293	806	390	146	285	13	5	11	4	11	1	1	0	1
Putumayo	18	3	2	261	124	166	143	170	87	22	54	12	1	1	1	0	0	0	4	1	3
Quindío	2	0	0	404	217	265	61	65	42	17	21	11	1	0	1	0	1	0	1	1	0
Risaralda	10	1	1	601	302	421	41	69	29	19	28	12	0	1	0	2	4	0	3	0	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	32	27	19	3	16	3	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	0	1	243	130	159	725	69	489	297	44	199	2	2	1	0	0	0	2	4	1
Santander	30	3	4	1046	523	673	924	393	621	319	168	207	4	3	3	1	6	0	3	1	1
Sucre	6	2	0	332	204	224	285	340	213	153	201	111	1	5	0	0	0	0	0	0	0
Tolima	24	3	2	975	483	650	709	617	500	224	268	154	14	6	8	1	1	0	3	4	2
Valle del Cauca	12	3	1	1226	603	803	255	615	177	65	279	38	3	5	3	1	13	1	7	4	6
Vaupés	5	2	1	26	12	18	33	11	33	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2
Vichada	5	0	0	19	18	11	10	5	4	3	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Total nacional	586	93	99	22.577	12.228	15.018	13.834	7.851	9.438	5.306	3.750	3.595	146	101	100	44	166	30	107	61	76

43

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 06

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	381	117	175	1	0	1	746	482	527	72	8	58	0	0	0	286	421	205	0	2	0
Antioquia	955	821	612	35	19	11	132998	75432	90151	6237	3087	4156	535	917	694	49196	34151	35408	71	95	71
Arauca	28	3	19	3	0	1	2180	1893	1529	201	90	148	7	5	7	878	690	590	6	11	6
Atlántico	0	0	0	1	2	0	16090	10376	10838	485	174	302	317	160	392	6650	4088	4492	17	28	17
Barranquilla D.E.	0	0	0	3	2	1	22740	15099	14677	1337	414	820	139	223	205	9360	5949	6206	31	28	31
Bogotá D.C.	0	0	0	24	8	13	144274	115410	94864	6830	4720	4396	969	1243	1345	78119	66783	54539	101	88	101
Bolívar	192	117	109	6	3	5	15677	10151	10199	380	200	241	57	114	77	4242	2777	2954	21	27	21
Boyacá	34	0	25	8	4	5	11600	9680	7566	774	407	457	48	79	58	5305	4626	3612	14	16	14
Buenaventura D.E.	85	120	49	2	1	1	885	774	635	4	4	2	1	2	2	346	472	252	8	11	8
Caldas	5	6	4	3	1	2	11076	7485	7054	453	266	281	147	155	199	3174	3105	2157	11	13	11
Santiago de Cali D.E.	2	1	1	17	11	7	28797	23021	17306	822	625	493	130	88	153	16653	13387	12710	30	37	30
Caquetá	42	17	30	1	2	1	2684	2697	1734	278	126	190	2	8	5	1944	1803	1321	8	9	8
Cartagena de Indias D.T.	1	0	1	4	1	2	17861	15977	11304	1337	339	811	184	212	260	5709	4037	3803	14	30	14
Casanare	3	5	1	1	0	1	2313	1829	1602	66	36	49	11	8	13	1129	1047	779	7	11	7
Cauca	141	195	90	5	3	2	12971	9744	8281	513	208	329	56	75	75	4182	4919	2933	22	29	22
Cesar	0	3	0	4	1	2	11726	9125	7704	540	517	351	51	83	64	2719	3296	1905	23	30	23
Chocó	1403	2248	846	8	3	5	5265	1964	3443	114	147	92	4	6	4	2271	1046	1482	18	24	18
Córdoba	636	937	388	2	0	0	22974	13639	15463	920	435	580	176	229	240	5709	4346	3735	26	43	26
Cundinamarca	0	0	0	14	4	8	35021	24777	23167	1392	811	913	132	263	174	17625	13216	11970	44	45	44
Guainía	515	243	307	0	0	0	192	160	121	14	21	7	0	0	0	183	119	123	2	2	2
Guaviare	136	96	76	0	0	0	639	479	429	63	22	51	4	10	4	477	317	316	0	2	0
Huila	0	0	0	4	0	3	7194	8997	4553	361	424	229	62	82	92	5886	4869	3974	25	23	25
La Guajira	3	4	3	2	2	1	24982	14230	17624	463	417	281	77	40	98	4480	3505	3155	21	48	21
Magdalena	1	1	1	1	0	1	15656	7748	10491	347	202	245	2	21	2	4355	3199	2956	13	17	13
Meta	244	42	153	3	0	0	8050	5605	5106	278	207	197	35	84	46	5554	4590	3772	19	20	19
Nariño	325	844	174	16	1	12	16446	12433	10356	948	509	499	7	33	9	5664	5849	3736	19	26	19
Norte de Santander	91	121	54	13	4	8	20993	13303	13453	1305	758	838	124	109	163	7257	5502	4689	21	26	21
Putumayo	18	5	10	1	1	0	3850	2305	2651	132	102	95	8	7	9	1988	1112	1419	6	8	6
Quindío	0	2	0	4	0	3	6669	5654	4215	346	271	218	79	74	108	3874	3257	2390	10	8	10
Risaralda	265	261	158	13	3	5	13837	9808	9125	487	302	292	51	64	64	4963	4244	3208	11	13	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	529	662	392	91	31	66	0	0	0	223	295	141	1	1	1
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	0	0	6598	4082	3913	510	147	196	305	151	336	2371	1186	1536	8	11	8
Santander	6	1	4	14	6	6	28822	13933	19908	1970	980	1275	258	342	346	13231	7864	9437	21	26	21
Sucre	17	5	12	6	3	2	11258	6829	7753	1129	400	776	139	215	186	2786	2339	1776	17	24	17
Tolima	2	0	2	5	3	1	16009	12314	10214	1297	434	702	52	73	66	7736	5542	5009	17	19	17
Valle del Cauca	7	6	5	8	2	5	16984	12448	10307	476	252	302	159	104	186	7916	7108	5172	19	25	19
Vaupés	172	101	516	0	0	0	395	138	311	21	7	15	0	0	0	120	72	100	0	1	0
Vichada	167	150	113	1	0	0	179	269	114	0	2	0	0	0	0	148	128	95	4	4	4
Total nacional	5.877	6.606	3.518	233	213	115	697.160	480.952	459.080	32.993	18.102	20.953	4.328	5.279	5.682	294.709	231.255	204.057	706	884	706

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 06

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico; Casos confirmados por nexo		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	1	2	0	72	57	42	3	1	0	150	41	99
Arauca	0	0	0	4	1	2	0	0	0	3	1	3
Atlántico	0	0	0	11	5	7	0	0	0	1	1	0
Barranquilla D.E.	0	0	0	13	8	8	0	0	0	9	1	6
Bogotá D.C.	2	2	1	142	73	79	75	1	20	123	30	69
Bolívar	1	1	0	3	3	3	1	0	1	8	1	5
Boyacá	0	0	0	15	8	7	0	0	0	12	1	10
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	0	0	0	3	5	2	0	0	0	1	1	1
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	14	15	9	0	0	0	7	2	1
Caquetá	0	0	0	5	2	5	0	0	0	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	3	4	1	0	0	0	25	1	13
Casanare	0	0	0	5	2	4	0	0	0	4	0	3
Cauca	0	0	0	5	7	4	0	0	0	7	1	3
Cesar	0	1	0	5	3	4	0	0	0	24	1	16
Chocó	0	0	0	2	0	1	0	0	0	28	5	21
Córdoba	0	1	0	9	10	3	0	0	0	1	0	0
Cundinamarca	0	1	0	41	21	30	26	1	4	22	8	11
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Huila	3	1	0	13	14	7	2	0	0	3	3	2
La Guajira	0	1	0	2	3	1	0	0	0	17	3	12
Magdalena	1	0	1	2	2	0	0	0	0	1	0	1
Meta	2	0	0	4	4	3	2	0	0	13	2	9
Nariño	2	0	1	15	9	10	0	0	0	6	4	4
Norte de Santander	0	0	0	17	13	14	0	0	0	32	2	30
Putumayo	0	0	0	4	4	4	0	0	0	3	1	2
Quindío	0	0	0	5	3	3	0	0	0	5	0	1
Risaralda	0	0	0	4	4	2	0	0	0	47	1	31
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	1	2
Santander	1	1	0	10	4	6	0	0	0	13	5	6
Sucre	0	0	0	2	6	1	2	0	2	3	4	1
Tolima	2	0	0	5	6	1	2	0	0	2	2	0
Valle del Cauca	0	1	0	18	10	12	0	0	0	1	1	1
Vaupés	0	0	0	1	0	0	0	0	0	26	0	5
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total nacional	15	14	3	458	361	278	114	3	28	602	123	370

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 06

Decremento
Incremento

	Varicela			Covid 19			Infecciones asociadas a dispositivos IAD			Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos IAPMQ		
Tipo de casos incluidos para el análisis	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
Amazonas	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	275	178	158	37	19	26	71	90	71	35	62	35
Arauca	8	8	6	3	2	1	0	3	0	4	3	4
Atlántico	64	38	39	1	2	0	5	3	5	1	4	1
Barranquilla D.E.	71	31	36	4	3	1	23	31	23	4	11	4
Bogotá D.C.	467	325	314	70	49	47	88	105	88	52	70	52
Bolívar	41	27	30	0	1	0	0	1	0	7	4	7
Boyacá	77	42	50	15	17	6	15	12	15	5	4	5
Buenaventura D.E.	4	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Caldas	28	29	21	4	3	2	20	22	20	2	3	2
Santiago de Cali D.E.	85	96	44	10	10	7	45	61	45	12	30	12
Caquetá	35	13	30	0	0	0	1	1	1	1	2	1
Cartagena de Indias D.T.	30	29	20	0	0	0	13	21	13	6	9	6
Casanare	22	15	16	0	0	0	0	4	0	0	2	0
Cauca	24	21	18	25	31	8	7	22	7	10	4	10
Cesar	32	19	18	3	6	1	41	49	41	3	9	3
Chocó	4	2	3	2	0	2	0	1	0	1	1	1
Córdoba	72	53	46	8	4	4	15	22	15	6	13	6
Cundinamarca	215	143	133	15	12	9	12	12	12	5	17	5
Guainía	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Guaviare	11	4	5	1	0	1	0	0	0	1	1	1
Huila	44	38	29	3	3	2	15	23	15	3	8	3
La Guajira	21	17	12	1	1	0	2	1	2	1	3	1
Magdalena	31	13	18	0	0	0	0	0	0	5	7	5
Meta	38	32	19	4	2	2	6	12	6	5	5	5
Nariño	71	51	38	7	8	2	5	13	5	10	7	10
Norte de Santander	112	67	75	0	1	0	15	34	15	6	11	6
Putumayo	16	12	11	1	2	0	1	2	1	0	2	0
Quindío	25	24	18	4	4	2	3	7	3	3	5	3
Risaralda	54	37	31	5	2	3	3	5	3	5	4	5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	24	7	12	0	0	0	7	8	7	2	3	2
Santander	130	52	96	5	4	5	17	33	17	8	10	8
Sucre	32	35	23	5	1	5	7	15	7	1	4	1
Tolima	56	52	37	7	3	5	9	17	9	1	10	1
Valle del Cauca	79	76	51	3	8	1	3	12	3	3	6	3
Vaupés	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	2.307	1.770	1.466	243	200	142	450	638	450	208	287	208

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 06

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	6	4	0	0	7	9	2	0
Antioquia	0	0	0	0	222	323	0	4	543	556	163	36
Arauca	0	0	0	0	35	32	0	0	17	25	5	1
Atlántico	0	0	0	0	34	40	0	1	94	85	0	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	20	20	0	0	91	75	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	378	314	0	2	533	545	0	1
Bolívar	0	0	0	0	46	71	0	1	58	49	59	28
Boyacá	0	0	0	0	58	63	0	0	108	81	25	18
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	15	14	0	0	12	9	2	2
Caldas	0	0	0	0	16	24	0	2	128	82	34	4
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	53	66	1	0	195	177	0	0
Caquetá	0	0	0	0	20	22	0	0	25	15	37	9
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	34	60	0	0	62	60	1	0
Casanare	1	0	0	0	27	24	0	0	27	28	1	0
Cauca	0	0	0	0	32	25	0	0	92	84	7	3
Cesar	0	0	0	0	79	83	0	0	68	49	17	18
Chocó	0	0	0	0	92	87	0	1	16	16	43	17
Córdoba	0	0	0	0	71	43	0	0	109	97	27	8
Cundinamarca	0	0	0	0	137	135	0	0	210	265	28	5
Guainía	0	0	0	0	8	4	0	0	3	3	2	1
Guaviare	0	0	0	0	15	8	0	0	7	6	55	11
Huila	0	0	0	0	50	58	0	2	85	84	2	1
La Guajira	0	0	0	0	214	199	0	0	29	21	6	2
Magdalena	0	0	0	0	57	64	0	0	40	22	1	1
Meta	0	0	0	0	46	45	0	4	72	55	37	4
Nariño	0	0	0	0	70	69	0	0	149	142	38	5
Norte de Santander	0	0	0	0	75	64	0	0	107	112	32	5
Putumayo	0	0	0	0	27	31	0	0	36	28	47	2
Quindío	0	0	0	0	11	8	0	0	57	43	0	0
Risaralda	0	0	0	0	49	54	0	0	120	126	14	9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	2	3	0	0	3	2	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	10	12	0	0	27	25	2	0
Santander	1	0	0	0	58	50	0	0	155	142	98	33
Sucre	0	0	0	0	29	40	0	2	49	38	20	6
Tolima	0	0	0	0	43	49	0	5	119	109	34	8
Valle del Cauca	0	0	0	0	52	72	1	3	131	107	3	1
Vaupés	0	0	0	0	8	4	0	0	8	4	5	0
Vichada	0	0	0	0	31	10	0	0	3	2	6	0
Total nacional	3	0	0	0	2.230	2.294	2	27	3.596	3.378	864	240

47

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 06

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa 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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	17	11	2	2	1	0	3	3	1	1	16	13
Arauca	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Atlántico	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	4	1
Barranquilla D.E.	4	1	1	0	0	0	1	0	0	0	3	0
Bogotá D.C.	2	0	4	1	0	0	3	1	0	0	18	39
Bolívar	5	1	1	0	0	1	1	2	1	1	3	0
Boyacá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
Buenaventura D.E.	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Caldas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Santiago de Cali D.E.	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	5	2
Caquetá	3	15	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	5	1	0	0	0	0	1	3	0	0	2	1
Casanare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cauca	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	4	1
Cesar	0	1	1	1	0	0	1	4	3	1	3	1
Chocó	1	2	1	1	4	1	4	2	5	2	1	0
Córdoba	2	0	1	0	0	0	1	1	1	1	5	2
Cundinamarca	2	4	1	1	0	0	1	1	0	1	8	4
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Huila	2	2	1	1	0	1	1	0	1	0	3	1
La Guajira	0	0	3	1	5	4	3	3	5	1	2	0
Magdalena	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	2	0
Meta	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	3	0
Nariño	2	1	2	0	0	0	2	1	0	0	4	1
Norte de Santander	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	9
Putumayo	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0
Quindío	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
Risaralda	4	3	1	0	3	1	1	3	1	0	2	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Santander	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	6	2
Sucre	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	2	3
Tolima	12	7	1	0	0	0	2	0	0	0	3	0
Valle del Cauca	3	5	0	1	0	0	1	0	1	0	5	2
Vaupés	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total nacional	329	398	27	14	21	12	37	34	26	8	120	85

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 06

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por 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	2	2	0	0	7	9	0	0	56	47
Antioquia	20	14	141	197	0	1	435	556	14	18	2274	1482
Arauca	7	1	24	19	0	0	18	16	0	0	132	122
Atlántico	5	2	41	42	0	0	55	73	2	6	246	216
Barranquilla D.E.	4	4	46	46	0	1	108	118	3	0	245	273
Bogotá D.C.	14	14	103	172	0	0	151	172	4	8	2652	2463
Bolívar	3	7	33	52	0	0	26	28	0	0	248	235
Boyacá	3	2	9	9	0	0	21	29	1	1	436	407
Buenaventura D.E.	2	1	16	22	0	0	20	24	0	0	36	20
Caldas	3	3	17	19	0	0	35	36	0	1	307	294
Santiago de Cali D.E.	2	2	53	100	0	0	170	193	7	4	730	604
Caquetá	1	2	11	12	0	0	29	44	1	2	111	109
Cartagena de Indias D.T.	9	9	34	69	0	0	49	53	1	0	149	179
Casanare	4	3	17	21	0	0	15	28	0	0	73	88
Cauca	2	3	22	34	0	0	30	36	1	2	317	303
Cesar	5	5	38	32	0	0	54	67	0	2	223	190
Chocó	7	3	28	22	0	0	24	30	1	0	45	54
Córdoba	3	3	32	36	0	0	33	45	1	0	364	310
Cundinamarca	9	4	42	53	0	0	57	87	1	4	1271	1374
Guainía	2	0	2	3	0	0	3	4	0	0	19	19
Guaviare	1	0	3	2	0	0	4	1	0	0	39	27
Huila	2	2	18	23	0	1	49	56	1	1	689	553
La Guajira	10	2	40	23	0	0	62	91	1	1	131	118
Magdalena	4	1	28	30	0	0	18	21	0	0	139	125
Meta	4	6	28	34	0	0	78	78	3	1	236	242
Nariño	2	4	27	39	0	0	19	24	0	1	433	461
Norte de Santander	10	2	57	62	0	0	87	114	2	0	380	399
Putumayo	1	0	12	7	0	0	14	7	0	0	131	147
Quindío	2	2	13	18	0	0	24	32	0	1	246	193
Risaralda	3	1	21	15	0	0	74	73	2	1	378	379
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	21	17
Santa Marta D.T.	2	0	15	27	0	0	28	47	1	0	66	59
Santander	7	2	45	62	0	0	125	143	3	2	650	680
Sucre	2	2	24	21	0	0	12	13	0	0	201	178
Tolima	5	8	16	31	0	0	68	76	3	1	300	308
Valle del Cauca	3	8	33	65	0	0	90	128	1	5	685	699
Vaupés	1	0	0	3	0	0	2	2	0	0	22	34
Vichada	1	0	4	3	0	0	4	2	0	0	25	19
Total nacional	168	122	1.170	1.428	0	3	2.100	2.556	56	62	14.707	13.427

49



Semana epidemiológica 06

08 al 14 de febrero del 2026

TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico del cáncer en menores de 18 años, Colombia, 2025

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: Diana Marcela Russey Roa. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas: Gestor sistema de alerta temprana,** Claudia Marcela Montaña Fuertes, Edwin Aldemar Hernández Gavilán, Nieves Johana Agudelo Chivata, Mónica Carolina Cerreño Niño, Lyda María Montaña Durán, Lady Alexandra Castillo Vargas. **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.

50# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.06>