

Día Mundial de los defectos congénitos →

3 de
marzo



Defectos congénitos en menores de un año

El tamizaje neonatal demuestra que una prueba realizada oportunamente puede cambiar el curso de vida al permitir la detección temprana de enfermedades graves antes de la aparición de signos clínicos.


Semana
epidemiológica

22 al 28 de febrero del 2026

08

El Boletín Epidemiológico Semanal (BES) es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por el Instituto Nacional de Salud (INS), 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	20
	Brotes y alertas	39
	Tablas de mando por departamento	43



TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de los defectos congénitos, en menores de un año, Colombia, 2025

Karen Eliana Vargas Ramírez, kvargas@ins.gov.co

Los defectos congénitos son alteraciones estructurales o funcionales que afectan el desarrollo fetal o en etapas posteriores de la vida y constituyen una causa relevante de morbilidad, mortalidad infantil y discapacidad permanente (1). Su origen puede ser genético, ambiental o una combinación de ambos, incluyendo anomalías cromosómicas, mutaciones, infecciones, exposición a sustancias tóxicas o deficiencias nutricionales (2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 8 millones de niños nacen cada año con estas condiciones; estas anomalías son responsables del 10 % de las muertes en recién nacidos y los que sobreviven enfrentan un alto riesgo de discapacidad sin atención especializada oportuna (3).

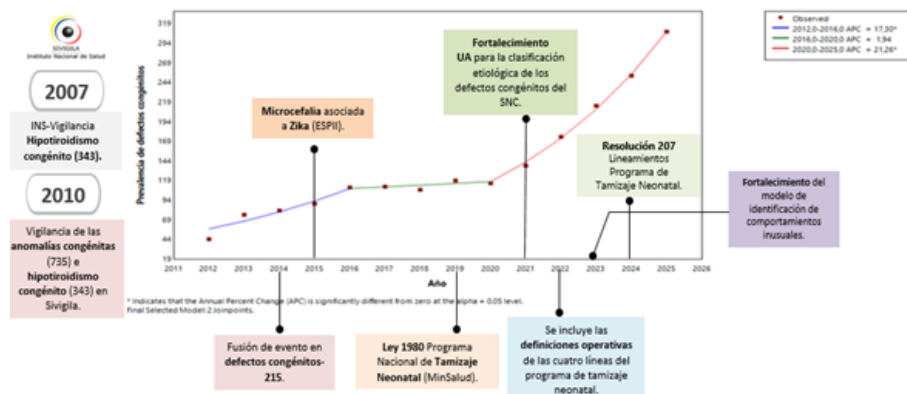
En América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estimó en 2024 que los defectos congénitos constituyen la segunda causa de mortalidad neonatal e infantil, después de la prematuridad (3). En Colombia, según datos preliminares de defunciones de 2025, publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la primera causa de muertes no fetales en menores de un año está asociada a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (4).

La vigilancia epidemiológica de defectos congénitos en Colombia inició en 2007 con hipotiroidismo congénito (evento 343). En 2010 se incorporaron las anomalías congénitas (evento 735) y, en 2014, se unificaron bajo el evento 215. En 2016 se identificó un incremento inusual de casos de microcefalia y otros defectos del sistema nervioso central asociados al virus zika, lo que generó una alerta de emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII). Posteriormente, en 2021 se realizaron unidades de análisis para la clasificación etiológica de estos defectos. La Ley 1980 de 2019 amplió el programa de tamizaje neonatal a cuatro líneas: metabólica, visual, auditiva y de cardiopatía congénita compleja, cuyas definiciones operativas se incorporaron en 2022 al protocolo de defectos congénitos. En 2023 se implementó un modelo para identificar comportamientos inusuales y, mediante la Resolución 207 de 2024, se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos del programa de tamizaje neonatal.

Se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), con corte a semana 53 de 2025 (datos preliminares), 13 326 casos de defectos congénitos en menores de un año (evento 215), de los cuales el 91,6 % se encuentran confirmados y el 8,4 % corresponden a casos probables. La prevalencia de defectos congénitos para 2025 fue de 309,0 casos por cada 10 000 nacidos vivos, al analizar el comportamiento de notificación en el periodo 2012 a 2025, se observa una

tendencia hacia el incremento estadísticamente significativo ($p < 0,00001$), con una variación porcentual anual promedio (APC) de 14,4 (IC 95 % 12,2 – 21,0). La tendencia por segmentos (2 Joinpoints) es ascendente entre 2012 y 2016, lo que corresponde a una variación porcentual anual (APC) de 17,3 ($p < 0,00001$, IC 95 % 12,3-35,7) y entre 2020 y 2025 con una APC de 21,3 ($p < 0,00001$; IC 95 % 19,9-23,7) (figura 1).

Figura 1. Tendencia de defectos congénitos, Colombia, 2012 a 2025*



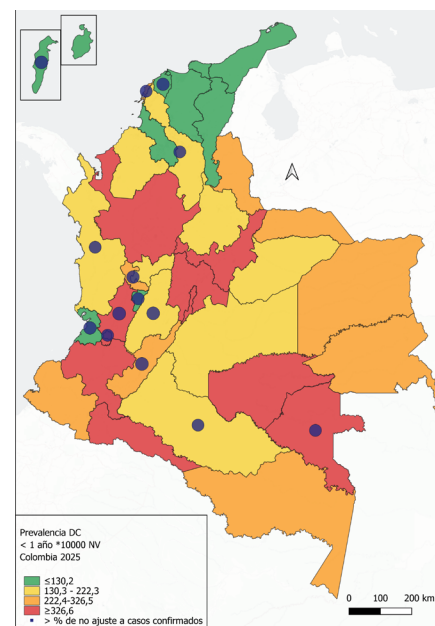
*Modelo de regresión Joinpoint

Fuente: numerador: Sivigila, Instituto Nacional de Salud 2012 – 2024, 2025 cifras preliminares.

Denominador: Nacidos vivos DANE 2012 a 2024. RUAF ND 2025 datos preliminares.

DC: defectos congénitos, NV: nacidos vivos

Mapa 1. Prevalencia estimada de defectos congénitos por entidad territorial o distrito de residencia, Colombia, 2025



Fuente: numerador (Casos confirmados y probables): Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025, cifras preliminares.

Denominador: nacidos vivos RUAF-ND 2025, datos preliminares.

Con base en la información preliminar de 2025, la prevalencia nacional de defectos congénitos alcanzó 309,8 casos por cada 10 000 nacidos vivos, cifra superior a la reportada en 2024 (252,8 por 10 000 nacidos vivos). Las entidades territoriales con mayores prevalencias fueron: Boyacá, Bogotá, D.C., Cauca, Guaviare, Vaupés, Cundinamarca, Putumayo, Santiago de Cali, Valle del Cauca y Antioquia, con más de 300 casos por cada 10 000 nacidos vivos. Por otra parte, las menores proporciones de confirmación de casos se registraron en Chocó (61,0 %), Cartagena de Indias (66,0 %), Caquetá (67,0 %), Vaupés (68,0 %), Bolívar (71,0 %), Santiago de Cali (72,0 %), Quindío (76,0 %), Atlántico (82,0 %), Risaralda (83,0 %), Buenaventura (83,0 %), Archipiélago de San Andrés y Providencia, Tolima (86,0 %), Huila (88,0 %) y Valle del Cauca (89,0 %) (mapa 1).

De acuerdo con la clasificación de los defectos congénitos, 12 205 (91,2 %) corresponde a malformaciones congénitas, 682 (5,1 %) a defectos metabólicos y 490 (3,7 %) a defectos sensoriales. Entre las malformaciones, las cardiopatías congénitas fueron las más notificadas, con una prevalencia de 98,7 casos por cada 10 000 nacidos vivos, seguidas por los defectos del sistema osteomuscular (90,6) y los defectos del sistema nervioso central (25,0), con diferencias estadísticamente significativas. Las malformaciones congénitas presentan una alta proporción de confirmación de casos (97,0 %); mientras que, los defectos metabólicos y los sensoriales muestran menores proporciones, con 46,0 % y 32,0 % respectivamente (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de los defectos congénitos notificados, Colombia, 2018-2025

Tipo de defecto congénito	Prevalencia de defectos congénitos en < de 1 año x 10 000 nacidos vivos									Valor p	% casos confirmados 2025
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025			
Malformaciones congénitas	101,6	111,8	107,4	128,4	162,1	199,2	239,0	283,0	0,00	97	
Sistema circulatorio (Q20-Q28)	18,5	24,0	26,5	37,0	49,0	72,3	83,6	98,7	0,00	98	
Sistema osteomuscular (Q65-Q79)	28,1	30,7	28,0	31,7	42,3	48,5	68,0	90,6	0,00	97	
Sistema nervioso (Q00-Q09)	13,1	13,6	12,7	14,6	18,2	24,9	25,6	25,0	0,29	96	
Sistema urinario (Q60-Q64)	6,8	8,2	8,1	9,9	12,7	13,7	16,6	20,6	0,08	89	
Anomalías cromosómicas no clasificadas en otra parte (Q90-Q99)	8,4	8,7	8,3	9,1	10,7	9,3	9,9	11,2	0,66	92	
Fisura del paladar y labio leporino (Q35-Q38)	7,5	8,4	7,6	8,2	9,0	9,6	10,9	10,6	0,50	97	
Sistema digestivo (Q39-Q45)	5,1	5,7	4,7	5,0	5,9	6,7	7,2	8,0	0,61	97	
Ojo, del oído de la cara y del cuello (Q10-Q18)	3,6	4,1	3,8	4,3	4,8	4,9	6,2	6,7	0,39	99	
Órganos genitales (Q50-Q56)	2,1	2,6	1,9	2,5	3,3	4,0	4,2	4,6	0,51	97	
Otras malformaciones congénitas (Q80-Q89)	0,9	0,3	1,2	2,5	4,0	3,6	4,4	4,6	0,29	95	
Sistema respiratorio (Q30-Q34)	0,7	0,6	0,7	1,3	2,2	1,6	2,5	2,3	0,99	96	
Defectos metabólicos	5,7	6,8	7,7	8,9	9,4	10,5	11,8	15,8	0,17	46	
Hipotiroidismo congénito (E00-E031)	4,6	6,1	6,6	7,4	8,0	8,5	8,6	10,0	0,48	52	
Otros errores innatos del metabolismo (D57-E84)	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,8	1,0	3,8	0,06	23	
Otros desórdenes metabólicos (E79-E88)	0,9	0,4	0,5	0,9	0,7	0,9	1,7	1,2	0,99	49	
Trastornos de otras glándulas endocrinas (E25-E32)	0,03	0,03	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,75	36	
Trastornos del metabolismo de los aminoácidos (E70-E72)	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,75	67	
Trastornos del metabolismo-Combinaciones (E76-E78)	0,00	0,05	0,03	0,02	0,12	0,10	0,2	0,1	0,99	100	
Trastornos del metabolismo de los carbohidratos (E74)	0,03	0,03	0,05	0,08	0,04	0,00	0,0	0,1	0,75	100	
Hemoglobinopatías (D55-D58)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,0	0,05	0,87	100	
Defectos sensoriales	0,5	0,7	0,7	0,9	3,4	4,8	2,8	11,4	0,01	32	
Hipoacusias (H90-H91)	0,4	0,6	0,6	0,8	3,3	4,7	2,5	10,9	0,01	30	
Alteraciones visuales (H47-H55)	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,50	95	

Fuente: numerador; casos confirmados y probables, Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018-2025 (cifras preliminares).

Denominador: nacidos vivos DANE 2018 a 2024. RUAF ND 2025 cifras preliminares.

En el análisis demográfico en 2025, se encontró una mayor prevalencia de defectos congénitos de los menores de sexo femenino con 298,1 casos por 10 000 nacidos vivos, por pertenencia étnica, en otros grupos poblacionales 327,2 casos por 10 000 nacidos vivos; por régimen de afiliación al sistema de salud, la categoría de afiliados al régimen contributivo 383,4; según área de residencia, en el área urbana 329,1; por edad de la madre, en el grupo de mujeres 45 años o más 955,7 casos por cada 10 000 nacidos vivos, manteniéndose el mismo comportamiento entre 2018 y 2025 en estas dos últimas variables.

Al analizar los comportamientos inusuales o conglomerados, en 2025, de los defectos congénitos en seguimiento priorizados, que se encuentran dentro de la clasificación de seis grandes grupos, sistema nervioso central, sistema osteomuscular, defectos de las extremidades, sistema circulatorio, fisura de labio y paladar y defectos congénitos cromosómicos basados en la clasificación de las malformaciones congénitas del Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) y en la Red europea de registros poblacionales para la vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas (EUROCAT), se aplicaron los cinco pasos de la metodología del modelo de identificación de comportamientos inusuales, se identificó lo siguiente:

Con relación al **paso 1 (priorización de los defectos congénitos en seguimiento)**, un comportamiento significativo hacia el decremento en los defectos del sistema nervioso como son la anencefalia, la encefalocele y la hidrocefalia. Por otra parte, se identificó un comportamiento significativo hacia el incremento en los defectos de las extremidades, como son la deformidad congénita de los pies y la polidactilia y el defecto cromosómico de síndrome de Edwards; sin embargo, el análisis nacional no evidenció un comportamiento inusual de las microcefalias; aunque, a nivel departamental y municipal se identificaron diferencias significativas asociadas al virus Zika (tabla 2), en consecuencia se debe continuar con el **paso 2 (cálculo de prevalencia de microcefalias)**.

Tabla 2. Priorización de los defectos congénitos en seguimiento, Colombia, 2020-2025

Defecto Congénito		Promedio histórico acumulado 2020-2024	Valor observado 2025	Desviación estándar	Coefficiente de variación	Límite inferior	Límite superior	Razón observada	Poisson
Sistema nervioso central	Anencefalia (Q000)	74	35	14,59	0,20	0,61	1,39	0,48	-
	Encefalocele (Q010 - Q011 - Q012 - Q018 - Q019)	35	18	5,90	0,17	0,67	1,33	0,52	-
	Espina bifida (Q050 a Q059)	106	108	12,34	0,12	0,77	1,23	1,02	-
	Hidrocefalia (Q030 - Q031 - Q038 - Q039)	160	120	17,60	0,11	0,78	1,22	0,75	-
	Holoprosencefalia (Q042)	46	43	7,36	0,16	0,68	1,32	0,94	-
	Microcefalia (Q02)	313	350	75,97	0,24	0,52	1,48	1,12	-
Sistema osteomuscular	Gastroquisis (Q793)	200	139	38,37	0,19	0,62	1,38	0,70	-
	Onfalocelo (Q792)	46	42	12,24	0,26	0,48	1,52	0,91	-
Defectos Extremidades	Deformidad congénita de los pies (Q660 a Q669)	492	642	50,61	0,10	0,80	1,20	1,30	-
	Polidactilia (Q690 - Q691 - Q692 - Q699)	541	613	12,08	0,02	0,96	1,04	1,13	-
	Defectos por reducción del miembro superior (Q710 a Q719)	59	59	10,88	0,18	0,64	1,36	0,99	-
	Defectos por reducción del miembro inferior (Q720 a Q729)	29	28	4,92	0,17	0,67	1,33	0,96	-
Sistema circulatorio	Coartación de la aorta (Q251)	106	95	24,87	0,24	0,54	1,46	0,90	-
	Tetralogía de Fallot (Q213)	73	75	8,32	0,11	0,78	1,22	1,02	-
	Transposición de los grandes vasos (Q201 - Q202)	61	63	19,66	0,32	0,37	1,63	1,03	-
Fisura de labio y paladar	Fisura de paladar (Q351 - Q353 - Q355 - Q357 - Q359)	119	112	12,52	0,10	0,79	1,21	0,94	-
	Labio leporino (Q360 - Q361 - Q369)	155	108	31,82	0,21	0,60	1,40	0,70	-
	Fisura del paladar con labio leporino (Q370 a Q375 - Q378 - Q379)	220	237	19,44	0,09	0,83	1,17	1,08	-
Defectos cromosómicos	síndrome de Down (Q900 - Q901 - Q902 - Q909)	433	369	73,97	0,17	0,66	1,34	0,85	-
	síndrome de Edwards (Q910 a Q913)	39	51	4,56	0,12	0,77	1,23	1,29	-
	Síndrome Patau (Q914 a Q917)	12	10	-	-	-	-	-	0,10

Fuente: Vigilancia de anomalías congénitas: manual para gestores de programa. Organización Mundial de la Salud/ CDC/ Internacional Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research (Icbsdr).2015. Página 122. Sivigila 2020 - 2024, 2025(Cifras preliminares).

Nota metodológica: El análisis de la identificación de comportamientos inusuales o conglomerados de defectos congénitos en el nivel departamental, distrital y municipal se realiza con el método de Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC) para las entidades territoriales, distritos o municipios que tengan más de 30 de casos y para las entidades territoriales, distritos o municipios que tengan menos de 30 de casos se realiza la distribución de probabilidades de Poisson para detectar los comportamientos inusuales a nivel departamental/distrital y municipal con cambios estadísticamente significativos (no debidos al azar) entre lo esperado y lo observado con un valor de significancia.

En este paso se observó una prevalencia a nacional de las microcefalias de 8,1 casos por cada 10 000 nacidos vivos; donde al compararlo con el estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) para América del Sur y de la Red Europea de registros poblacionales para la vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas (EUROCAT) cuyo rango se encuentra entre 2,36-4,83, muestra que la prevalencia de Colombia se encuentra por encima y las entidades territoriales con mayores prevalencias fueron: Huila, Putumayo, Bogotá, D.C, Guainía, Tolima, Guaviare, Arauca y Valle del Cauca con más de 9,6 casos por cada 10 000 nacidos vivos (tabla 3).

El cálculo de comportamiento inusual de microcefalias (paso 3) por departamentos y municipios, muestra variaciones significativas de aumento en los municipios de Antioquia (Medellín, Bello, Marinilla y La Ceja), Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Huila (Acevedo, Isnos, Neiva, Pitalito, Timaná y Teruel), Putumayo (Mocoa), Valle del Cauca (Tuluá, La Unión, Guadalajara de Buga). Con esta información se construyó la identificación de conglomerados espaciales (paso 4), mediante la georeferenciación, identificando posibles conglomerados en Timana (Huila), lo que permite la Generación de alertas y acciones en salud pública (paso 5), donde al revisar los resultados de las ayudas diagnosticas realizadas, en Timana (Huila) se evidenció que la etiología de estos defectos no fue asociada al virus Zika, además, no se identificaron factores de riesgo en el seguimiento de los casos.

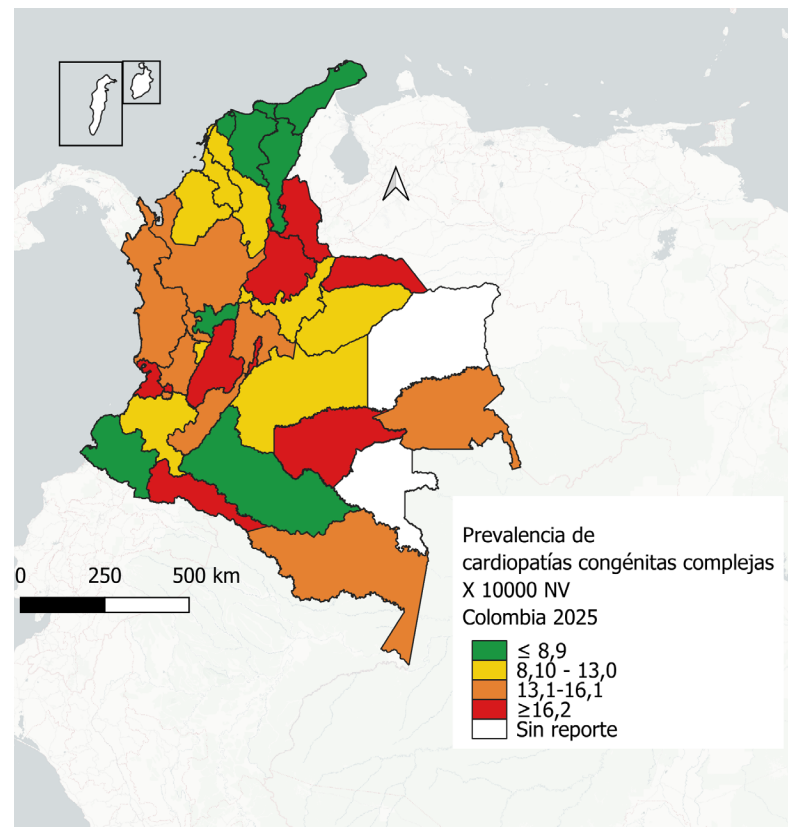
En 2025, la prevalencia estimada de casos confirmados de las cardiopatías congénitas fue de 14,1 casos por cada 10 000 nacidos vivos. Las entidades territoriales con mayor prevalencia fueron: Guaviare, Arauca, Norte de Santander, Tolima, Bogotá D.C, Putumayo, el Santiago de Cali, Santander y Buenaventura con cifras superiores a 16 casos por cada 10 000 nacidos vivos (mapa 2).

Tabla 3. Cálculo de prevalencia de microcefalias, Colombia, 2025

Entidad territorial de residencia	Prevalencia de microcefalia en < de 1 año x 10 000 nacidos vivos
	2025
Colombia	8,1
Huila	44,8
Putumayo	27,0
Bogotá, D.C.	14,2
Guainía	13,6
Tolima	10,7
Guaviare	10,4
Arauca	10,1
Valle del cauca	9,8
Antioquia	9,6
Cartagena de Indias	9,1
Santiago de Cali	9,0
Vichada	8,0
Cauca	7,7
Cundinamarca	7,5
Norte de Santander	7,4
Caldas	7,3
Bolívar	5,9
Magdalena	5,5
Córdoba	5,4
Quindío	5,3
Chocó	5,2
Atlántico	4,9
Casanare	4,3
Buenaventura	4,0
Nariño	3,5
Sucre	3,3
Santander	3,3
Risaralda	2,9
Meta	2,7
Barranquilla	0,7
Cesar	0,7
Boyacá	0,0
Vaupés	0,0
Amazonas	0,0
Caquetá	0,0
San Andrés y Providencia	0,0
Santa Marta	0,0
La Guajira	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 cifras preliminares.
Denominador: nacidos vivos RUAFND, 2025, datos preliminares.

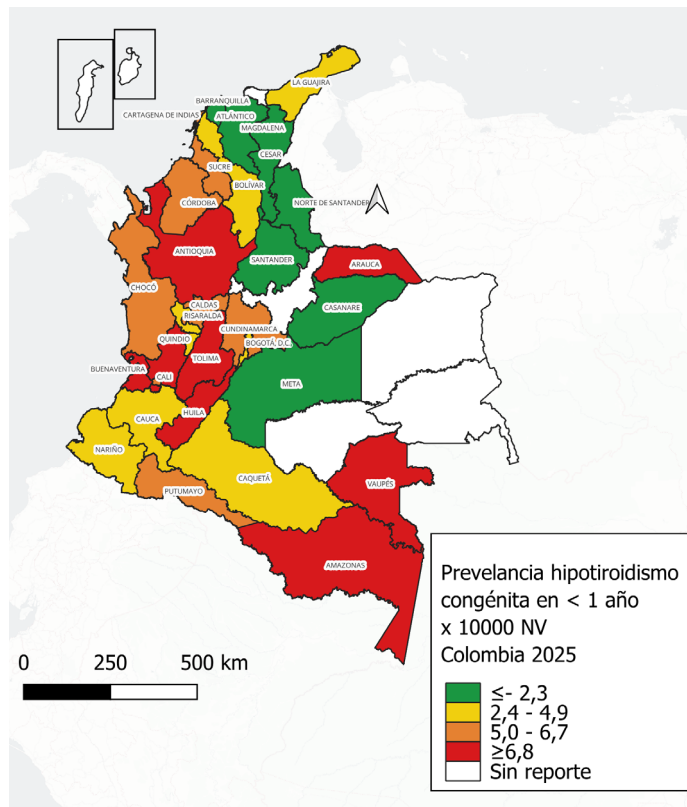
Mapa 2. Prevalencia estimada de casos confirmados de las cardiopatías congénitas complejas por lugar de residencia, Colombia, 2025



Fuente: numerador: Casos confirmados; Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2025, cifras preliminares.
Denominador: nacidos vivos RUAF-ND, 2025, datos preliminares.

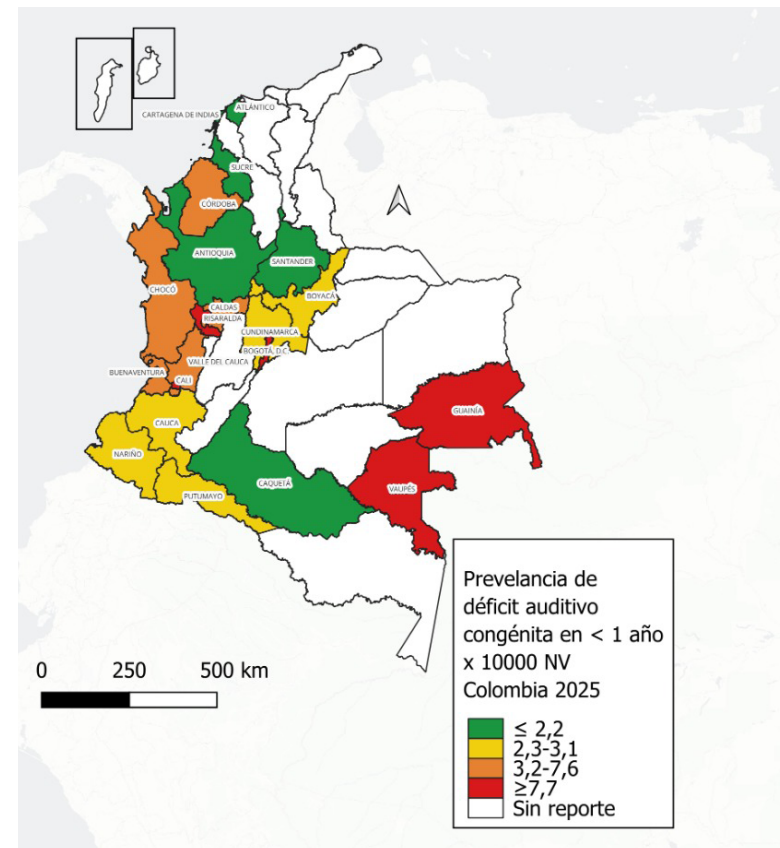
La prevalencia estimada de casos confirmados de hipotiroidismo congénito en 2025 fue de 5,3 casos por cada 10 000 nacidos vivos. Las entidades territoriales con las prevalencias más altas fueron: Vaupés, Valle del Cauca, Amazonas, Antioquia, Buenaventura, Huila, Tolima y Arauca con cifras superiores a 6,7 casos por cada 10 000 nacidos vivos (mapa 3).

Mapa 3. Prevalencia estimada de casos confirmados de Hipotiroidismo congénito por entidad territorial/distrito de residencia, Colombia, 2025



Fuente: numerador (casos confirmados): Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 cifras preliminares.
Denominador: nacidos vivos RUAF-ND, 2025, datos preliminares.

Mapa 4. Prevalencia estimada de casos confirmados de déficit auditivo por lugar de residencia, Colombia, 2025



Fuente: numerador (Casos confirmados); Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 cifras preliminares.
Denominador: nacidos vivos RUAF-ND 2025 datos preliminares.

La prevalencia estimada de casos confirmados de déficit auditivo en 2025 fue de 3,2 casos por cada 10 000 nacidos vivos. Las entidades territoriales con las prevalencias más altas fueron: Vaupés, Risaralda, Guainía, Santiago de Cali y Bogotá, D.C con cifras superiores a 7,7 casos por cada 10 000 nacidos vivos (mapa 4).

Conclusiones

- Entre 2012 y 2025 (cifras preliminares), la notificación de defectos congénitos en Colombia muestra una tendencia al aumento y es estadísticamente significativo.
- Al comparar con otras regiones del país, Bogotá D.C. presenta la mayor prevalencia estimada de defectos congénitos (incluyendo las cuatro líneas de tamizaje neonatal), posiblemente debido a la mayor disponibilidad de servicios diagnósticos especializados y a estrategias como el proyecto distrital de vigilancia intensificada de defectos congénitos.
- De acuerdo con las variables demográficas analizadas, se encontró mayor prevalencia de defectos congénitos en el sexo femenino, residentes en el área urbana, pertenecientes a otros grupos poblacionales, afiliados al régimen contributivo y madres de 45 o más años, como un factor predisponente para la presencia de este evento.
- En relación con la clasificación de los defectos congénitos, las malformaciones ocupan el primer lugar; destacándose las cardiopatías congénitas como las más frecuentes, les siguen los defectos metabólicos, con el hipotiroidismo congénito como el más prevalente y finalmente, los defectos sensoriales, donde predominan las hipoacusias.
- Con relación a los defectos congénitos priorizados en Colombia, se identificó un incremento estadísticamente significativo, especialmente en anomalías de las extremidades, como son las deformidades congénitas de los pies y polidactilia, y los defectos cromosómicos, como es el síndrome de Edwards. Este hallazgo refleja la necesidad de mantener el seguimiento para identificar posibles factores de riesgo y fortalecer la atención oportuna y multidisciplinaria.
- El análisis de los indicadores de la prevalencia estimada y proporción de casos confirmados en las cuatro líneas de tamizaje neonatal, muestra mayor prevalencia en las cardiopatías congénitas complejas. En contraste, los otros errores innatos del metabolismo, el déficit auditivo y el hipotiroidismo congénito presentan menores proporciones de confirmación, lo que indica la necesidad de fortalecer las estrategias de seguimiento, confirmación y descarte, orientadas al diagnóstico temprano y al inicio oportuno del tratamiento.

Recomendaciones para las entidades territoriales de salud

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de los defectos congénitos, mediante la articulación coordinada de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), entidades territoriales y las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), que permita el seguimiento de la calidad, oportunidad y consistencia en la notificación de casos al sistema de vigilancia de salud pública, desde probables, hasta su clasificación como confirmado o descartado.
- Dar cumplimiento a la Resolución 207 de 2024, alineándose con los lineamientos técnicos y operativos del programa de Tamizaje Neonatal, por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y su red prestadora (UPGD) y las entidades territoriales, con el objetivo de fortalecer la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades en recién nacidos aparentemente sanos, las cuales pueden ser identificadas en los primeros días de vida.
- Fortalecer el monitoreo de comportamientos inusuales y la detección de conglomerados de defectos congénitos priorizados para garantizar atención integral (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) de los casos notificados, involucrando a las direcciones de salud municipales y distritales, las EAPB responsables y las IPS en el proceso.
- Promover, por parte de las entidades territoriales, el plan de capacitación en vigilancia en salud pública enfocado en defectos congénitos, dirigido a los equipos de vigilancia de las secretarías municipales y locales de salud, personal asistencial de las instituciones de salud y otros actores relevantes.
- Las EAPB, su red prestadora y las entidades territoriales deben propender por la concordancia entre el sistema de vigilancia en salud pública y el repositorio de tamizaje neonatal con relación a los casos notificados de hipotiroidismo congénito y las seis patologías incluidas en el tamizaje neonatal básico, con el fin de facilitar una gestión más efectiva de los casos.
- Las EAPB y las entidades territoriales deben realizar seguimiento a los casos con alta probabilidad de transmisión materno-fetal del virus del Zika (ZIKV), estableciendo nexo epidemiológico, con defectos congénitos del sistema nervioso central compatibles con síndrome congénito por Zika. Adicionalmente, se debe garantizar la toma de muestra diagnósticas, los estudios clínicos y el seguimiento integral de la madre como y el recién nacido, para detectar posibles complicaciones y brindar intervención temprana.

Referencias

1. Malherbe H, Modell B, Blencowe H, Strong K, Aldous C. A review of key terminology and definitions used for birth defects globally. J Community Genet [Internet]. 2023 Jun 1;14(3):241. [Citado el 23 de febrero 2026]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10272040/>
2. Valdés Silva Y, Sánchez Ramírez E, Fuentes Arencibia S. Malformaciones congénitas relacionadas con los agentes teratógenos. CCH Correo cient Holguín [Internet]. 2018 [citado el 23 de febrero de 2026];22(4):652-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000400011&lng=es.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cada viaje cuenta: Día Mundial de los defectos congénitos [Internet]. Montevideo: OPS; 2024 [citado 2026 Feb 24]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-3-2024-cada-viaje-cuenta-dia-mundial-defectos-congenitos>
- 10 4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Cuadro 5 Defunciones de menores de un año por grupos de edad y sexo según departamento de residencia de la madre y grupos de causas de defunción (Lista de causas agrupadas 6/67 CIE 10 DE OPS). 2025. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2025>



SITUACIÓN NACIONAL

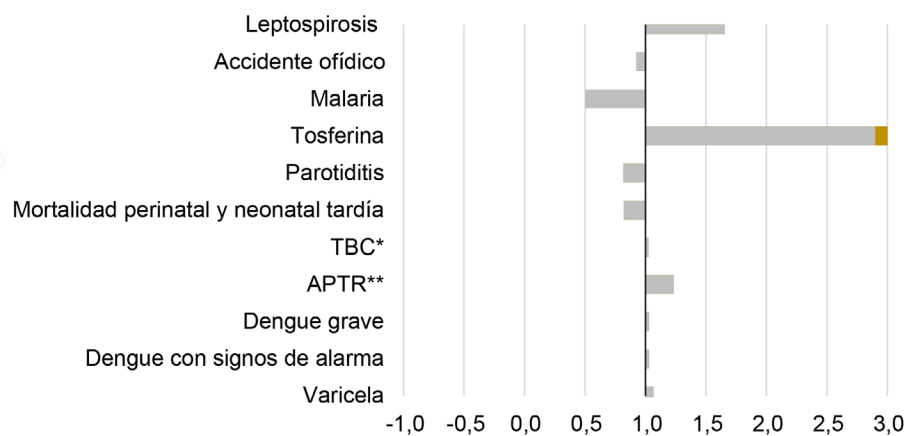
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 08 de 2026, el evento 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 2. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 08 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 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	20 039	25 177	-2,51	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 08 del 2026, los eventos zika y mortalidad por dengue se encuentran por encima de lo esperado, mientras que los eventos leishmaniasis mucosa y cutánea se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 5).

Tabla 5. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 08 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	9	1	0,00
Mortalidad por dengue	10	3	0,00
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,00
Leishmaniasis cutánea	14	113	0,00
Lepra	4	6	0,10
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0,27
Chikunguña	2	1	0,27

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

Cumplimiento en la notificación

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

- Identificar departamentos, municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.

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

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

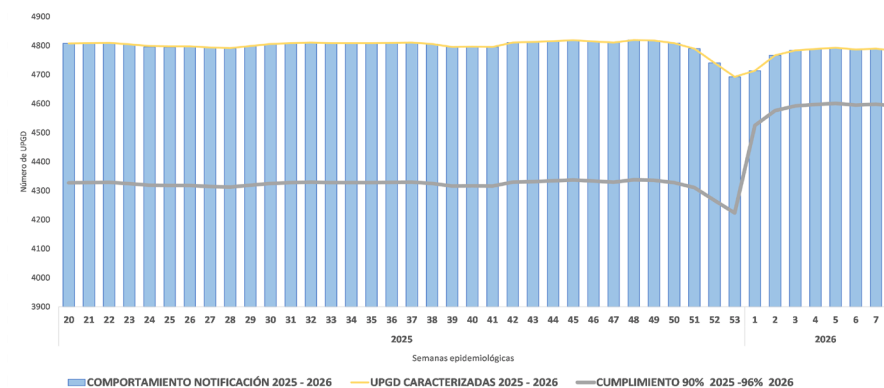
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 08 del año 2025. Para esta semana el país cumplió 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 08 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 % (4 783 / 4 783); observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 08 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 4311 UPGD para la semana analizada (figura 3).

Figura 3. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 08 del 2026



Fuente: SiviGila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 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. <http://url.ins.gov.co/9130q>



MORTALIDAD

A semana epidemiológica 08 del 2026, se han notificado 76 muertes probables en menores de cinco años, dos (2) casos residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

En relación con las muertes de menores de cinco años residentes en Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2026 se han notificado 74 fallecimientos, 47 por infección respiratoria aguda (IRA), 11 por desnutrición (DNT) aguda y 16 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos seis (6) fueron confirmados, seis (6) descartados y 62 se encuentran en estudio (tabla 6).

Tabla 6. 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 08, 2025-2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 08 2025			Casos en estudio a SE 08 2026			Tasa a SE 08 2025			Tasa a SE 08 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	1	4	1	8	40	14	0,70	1,17	0,62	0,03	0,11	0,03
Antioquia	0	0	0	1	6	0	0,00	1,68	1,68	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	0	0	0	1	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	0,90	0,00	0,00	0,00
Bogotá, D.C.	0	0	0	0	2	0	0,00	1,19	0,00	0,00	0,00	0,00
Bolívar	0	0	0	1	2	1	2,96	5,92	0,00	0,00	0,00	0,00
Boyacá	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	3,50	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	5,20	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	1	0	0	2	0	0,74	0,74	0,00	0,00	1,34	0,00
Cauca	0	0	0	0	0	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	1	1	0	0	3	1	4,68	8,43	3,75	1,55	1,55	0,00
Córdoba	0	0	0	1	0	0	2,67	0,89	0,89	0,00	0,00	0,00
Cundinamarca	0	0	0	1	0	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
Huila	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	0	1	0	3	2	5	19,65	9,82	19,65	0,00	0,90	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	3	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Nariño	0	0	0	0	1	1	0,00	2,60	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	8,45	12,68	0,00	0,00	0,00
San Andrés	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	0	0	3	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	2	1	11,91	35,72	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	6,02	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 08 para el 2025 y 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 08 del 2026 se han notificado 47 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, cuatro (4) confirmadas por laboratorio, tres (3) descartadas, y 40 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,11 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 08 fueron 43, para una tasa de mortalidad de 1,2 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 08 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Cesar y Santander, no hubo diferencias a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 08 de 2026 son *Bordetella pertussis*, Adenovirus, Enterovirus, entre otros (tabla 7).

Tabla 7. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 08, 2025-2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Adenovirus	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Enterovirus	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Virus Sincitial Respiratorio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Haemophilus influenzae B	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Rhinovirus	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	7	2	1	0	0	10	7	0	0	0	0	7

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 08 de 2026 se ha notificado 11 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, una (1) confirmada, dos (2) descartadas y ocho (8) 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 08 fue de 26, para una tasa de mortalidad de 0,7 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 08 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Chocó y Magdalena, no hubo diferencias a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 08 de 2026 se han notificado 16 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, una (1) confirmada, una (1) descartada y 14 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 08 fue de 25 para una tasa de mortalidad de 0,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 08 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en las entidades territoriales de Cauca, Chocó y La Guajira, no hubo diferencias a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

Para el cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAF ND 2024 y 2025 datos preliminares.

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

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

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM <https://www.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 08 de 2026 se notificaron al Sivigila cinco (5) casos: tres (3) muertes maternas tempranas y dos (2) muertes maternas tardías. El país acumula 21 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 20 residían en territorio colombiano y una residía en el exterior, por lo que no se incluye en el análisis (tabla 8).

Tabla 8. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 08, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	36	28	8	72
2024	39	27	11	77
2025p	27	21	8	56
2026p	20	14	8	42

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 08 de 2026 fue de 30,6 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 40,5 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2025. Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 15 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia, Cundinamarca y La Guajira. 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 9).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, se presentó un caso de muerte materna temprana en Yopal (Casanare), Padilla (Cauca), Paratebueno (Cundinamarca) y Paimé (Cundinamarca); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 10).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 08 de 2026, el 55,0 % corresponde a causas directas y el 40,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 30,0 % (tabla 11).

Tabla 9. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 08	Acumulado de casos a SE 08		Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos a SE 08	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	37	27	20	40,5	30,6
Quindío	1	0	1	0,0	175,4
Casanare	0	0	1	0,0	152,9
Caquetá	1	0	1	0,0	150,6
Chocó	1	1	1	115,5	121,2
Santa Marta	1	0	1	0,0	112,2
La Guajira	4	3	2	123,4	81,3
Sucre	0	0	1	0,0	78,1
Cundinamarca	1	2	3	48,1	71,8
Cartagena de Indias	1	0	1	0,0	57,7
Cauca	2	0	1	0,0	57,1
Huila	2	0	1	0,0	50,7
Valle del Cauca	1	1	1	46,9	48,3
Cesar	2	2	1	93,4	47,1
Antioquia	3	2	3	25,3	38,5
Bogotá, D.C.	4	2	1	23,0	11,5
Arauca	0	0	0	0,0	0,0
Atlántico	1	0	0	0,0	0,0
Barranquilla	1	1	0	49,1	0,0
Bolívar	2	1	0	55,2	0,0
Boyacá	1	0	0	0,0	0,0
Cali	1	1	0	39,2	0,0
Córdoba	2	2	0	75,9	0,0
Guainía	0	1	0	847,5	0,0
Meta	1	0	0	0,0	0,0
Nariño	2	1	0	55,7	0,0
Norte de Santander	2	1	0	43,6	0,0
Risaralda	2	2	0	181,2	0,0
Santander	1	2	0	68,0	0,0
Tolima	1	1	0	55,4	0,0
Vichada	1	1	0	52,3	0,0

Fuente: SiviGila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 - 2026 PE II (datos preliminares).
RUAF-ND, nacimientos PE II 2025-2026 datos preliminares. SE: semana epidemiológica

Tabla 10. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 08 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 08	Valor observado SE 08
Colombia	37	20
Yopal (Casanare)	0	1*
Padilla (Cauca)	0	1*
Paratebueno (Cundinamarca)	0	1*
Paima (Cundinamarca)	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 11. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 08 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 08	Número de casos y proporción a SE 08 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	33	39	100	27	100	20	100
DIRECTA	21	23	59,0	19	70,4	11	55,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	8	10	25,6	6	22,2	6	30,0
Hemorragia obstétrica	6	8	20,5	4	14,8	2	10,0
Sepsis obstétrica	2	1	2,6	3	11,1	1	5,0
Evento tromboembólico como causa básica	3	2	5,1	3	11,1	1	5,0
Otras causas directas	1	1	2,6	0	0,0	1	5,0
Embarazo ectópico	2	1	2,6	2	7,4	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	0	0,0	1	3,7	0	0,0
INDIRECTA	12	15	38,5	8	29,6	8	40,0
Otras causas indirectas	4	6	15,4	2	7,4	3	15,0
Otras causas indirectas: cáncer	2	2	5,1	1	3,7	3	15,0
Otras causas indirectas: neumonía	2	1	2,6	3	11,1	1	5,0
Sepsis no obstétrica	2	3	7,7	0	0,0	1	5,0
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	1	3,7	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	5,1	1	3,7	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	2,6	0	0,0	0	0,0
En estudio	1	1	2,6	0	0,0	1	5,0

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

La razón de muerte perinatal y neonatal tardía se calculó, de acuerdo con lo establecido en el país, utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se tomaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo a analizar publicados de manera preliminar por RUAF - ND 2025 y 2026.

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia (n <=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%2DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%2DPM.

A semana epidemiológica 08 del 2026 se han notificado 949 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 945 corresponden a residentes en Colombia y cuatro (4) a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 14,4 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D. C., Antioquia, Cundinamarca, Santiago de Cali y Córdoba. Las razones más altas se observaron en Buenaventura, Chocó, Vichada, Vaupés y Quindío. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el

2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 08 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Chocó, Sucre, Arauca, Nariño, Cauca, Cartagena de Indias, Magdalena, Atlántico, Norte de Santander, Casanare, Tolima, Risaralda y Santander (tabla 12).

En el análisis desagregado por municipios se evidenciaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes: Manaure (La Guajira), Granada (Meta), Tunja (Boyacá), Duitama (Boyacá), María La Baja (Bolívar), Guarne (Antioquia), El Rosal (Cundinamarca), San Antero (Córdoba), Gachancipá (Cundinamarca), Isnos (Huila), Roberto Payán (Nariño) Montenegro (Quindío), El Cerrito (Valle del Cauca), Restrepo (Valle del Cauca), Belmira (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Jambaló (Cauca), Puebloviejo (Magdalena) y La Esperanza (Norte de Santander) (tabla 13).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 41,0 %, seguido de neonatales tempranas con 28,3 %, neonatales tardías con 18,1 % y las fetales intraparto con 12,7 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 22,6 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,2 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,8 % (tabla 14). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 08 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 12. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 08 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 08	Acumulado de casos a SE 08		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	1 161	857	945	12,8	14,4
Buenaventura	13	14	12	39,2	31,5
Chocó	31	19	24	21,9	29,1
Vichada	6	7	5	36,8	28,7
Vaupés	2	1	2	14,1	26,3
Quindío	11	5	13	8,3	22,8
Bolívar	36	29	31	16,0	18,2
Sucre	31	16	23	11,3	18,0
Barranquilla	38	19	36	9,3	17,6
Bogotá, D.C.	119	105	141	12,1	16,2
Córdoba	57	35	38	13,3	16,1
Guainía	4	2	2	16,9	15,9
Caldas	18	15	13	16,8	15,7
Santiago de Cali	47	36	38	14,1	15,6
Arauca	13	5	7	11,3	15,3
Huila	28	17	30	8,9	15,2
Nariño	34	32	26	17,8	15,2
Cundinamarca	62	54	63	13,0	15,1
Santa Marta	13	6	13	6,8	14,6
Putumayo	10	7	8	13,8	14,6
Valle del Cauca	34	22	30	10,3	14,5
Cesar	40	36	30	16,8	14,1
Meta	27	26	25	14,7	14,1
Boyacá	22	15	21	9,2	13,8
Cauca	38	23	24	12,6	13,7
Caquetá	12	8	9	10,7	13,6
La Guajira	62	36	33	14,8	13,4
Cartagena	40	30	23	16,7	13,3
Antioquia	126	108	100	13,7	12,8
San Andrés y Providencia	2	3	1	30,6	11,5
Magdalena	23	23	15	16,4	11,0
Atlántico	39	24	21	13,3	10,9
Norte de Santander	32	17	25	7,4	10,7
Casanare	14	7	7	9,6	10,7
Tolima	24	15	18	8,3	10,5
Risaralda	17	10	11	9,1	10,2
Santander	33	24	26	8,2	9,2
Amazonas	3	4	1	33,6	8,8
Guaviare	2	2	0	12,9	0,0

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

Tabla 13. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 08 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 08 2021 - 2025	Valor observado a SE 08 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	1161	945	-
Manauare (La Guajira)	5	9	2
Granada (Meta)	2	8	3
Tunja (Boyacá)	1	6	5
Duitama (Boyacá)	3	6	1
María La Baja (Bolívar)	2	5	3
Guarne (Antioquia)	1	4	4
El Rosal (Cundinamarca)	1	4	1
San Antero (Córdoba)	0	3	1
Gachancipá (Cundinamarca)	1	3	1
Isnos (Huila)	1	3	4
Roberto Payán (Nariño)	0	3	1
Montenegro (Quindío)	1	3	2
El Cerrito (Valle del Cauca)	1	3	3
Restrepo (Valle del Cauca)	1	3	2
Belmira (Antioquia)	0	2	2
Buriticá (Antioquia)	0	2	2
Jambaló (Cauca)	0	2	4
Puebloviejo (Magdalena)	0	2	5
La Esperanza (Norte de Santander)	0	2	1

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

Tabla 13. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 08, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 08, 2024 -2026					
	2024 a SE 08	(%)	2025 a SE 08	(%)	2026 a SE 08	(%)
Colombia	952	100,0	857	100,0	945	100,0
Asfíxia y causas relacionadas	257	27,0	246	28,7	214	22,6
Prematuridad-inmaturidad	139	14,6	148	17,3	163	17,2
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	152	16,0	118	13,8	121	12,8
Sin información	0	0,0	28	3,3	93	9,8
Malformación congénita	79	8,3	71	8,3	81	8,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	128	13,4	74	8,6	77	8,1
Infecciones	75	7,9	70	8,2	70	7,4
Otras causas de muerte	60	6,3	51	6,0	53	5,6
Causas no específicas	27	2,8	21	2,5	48	5,1
Trastornos cardiovasculares	26	2,7	21	2,5	19	2,0
Lesión de causa externa	5	0,5	5	0,6	4	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	4	0,4	4	0,5	2	0,2

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 08 de 2026, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (Código INS 995 y Código INS 345).

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

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

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

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

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



EVENTOS TRAZADORES

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; variaciones que no son estadísticamente significativas (30 % y -30 %, respectivamente) (tabla 14).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 04 y 05 a 08 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 01 2025 a 04 de 2026	SE 05 a 08 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	464 391	511 916	● 10,23%	
Hospitalización en sala general	22 877	22 608	● -1,18%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 973	2 833	● -4,71%	

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 08 del 2026 se notificaron 143 239 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 La Guajira, Magdalena, Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Caquetá, Guainía, Huila, San Andrés y Vichada. Las 28 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento en 16 municipios (tabla 15).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica 05 a 08 del 2026

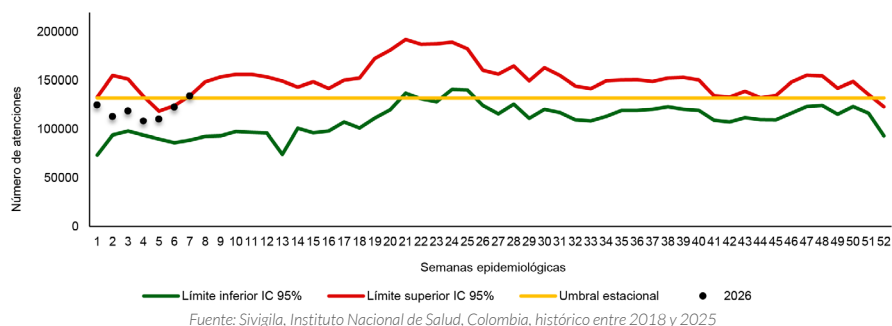
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	13 232	13 564	5 032	7 175
Antioquia	Bello	9 885	13 409	5 183	7 116
Atlántico	Soledad	12 432	12 073	5 933	6 385
Cundinamarca	Soacha	8 663	9 470	4 428	5 397
La Guajira	Maicao	9 109	8 862	3 554	4 685
La Guajira	Uribia	6 916	7 464	2 438	4 257
Santander	Barrancabermeja	4 518	6 211	1 206	4 172
Cundinamarca	Chia	7 700	7 031	3 646	3 632
Antioquia	Rionegro	5 451	7 022	2 177	3 438
Antioquia	Envigado	3 682	6 323	1 913	3 270
Santander	Floridablanca	3 588	4 080	1 468	2 173
Risaralda	Dosquebradas	4 846	4 382	1 722	2 125
Antioquia	Apartadó	2 123	3 490	1 169	1 997
Valle del Cauca	Palmira	4 861	3 908	1 718	1 933
Cundinamarca	Zipacquirá	2 892	2 991	1 449	1 662
Magdalena	Ciénaga	3 507	3 105	1 442	1 634
Córdoba	Cereté	2 564	2 943	783	1 353
Cundinamarca	Girardot	2 701	2 503	1 312	1 308
Cundinamarca	Funza	2 215	2 133	821	1 301
Valle del Cauca	Cartago	2 900	2 675	1 256	1 291
Boyacá	Duitama	3 059	2 629	1 780	1 283
Córdoba	Lorica	2 205	2 366	973	1 255
Bolívar	Magangué	2 242	2 930	1 115	1 223
Boyacá	Sogamoso	2 346	2 483	1 097	1 185
Norte de Santander	Ocaña	2 445	2 331	1 039	1 122
Antioquia	Turbo	1 980	2 308	858	1 095
Cesar	Aguachica	1 467	1 841	1 000	1 037
Cundinamarca	Madrid	1 831	1 730	1 026	1 026
Valle del Cauca	Tuluá	2 562	1 727	870	943
Cundinamarca	Facatativá	2 575	1 732	1 583	915
Valle del Cauca	Yumbo	2 478	1 938	979	892
Santander	Piedecuesta	1 228	1 424	409	816
Casanare	Yopal	1 515	1 414	847	736
Córdoba	Sahagún	3 836	1 461	1 849	714
Norte de Santander	Villa Del Rosario	1 187	1 151	681	679
Atlántico	Malambo	731	1 165	410	664
Cauca	Santander De Quilichao	1 649	1 257	829	659
Santander	Girón	924	1 032	288	644
Huila	Pitalito	1 514	1 238	856	643
Valle del Cauca	Buenaventura	1 003	1 282	614	631
Cundinamarca	Mosquera	598	823	371	421
Cauca	Guapi	750	699	165	312
Nariño	La Florida	127	161	32	80

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (05 a 08 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 26,0 % (133 515) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 17,6 % (90 317). 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 10,9 % y los menores de dos a cuatro años con el 9,8 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se ha observado una tendencia al aumento, ubicándose en semana epidemiológica 08 sobre el límite superior (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2026



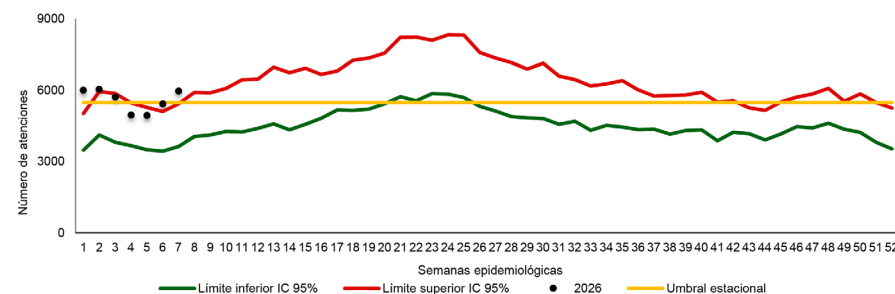
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 08 del 2026 se notificaron 6 175 hospitalizaciones por IRA en sala general. De acuerdo con el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cali, Chocó, Guainía y Huila e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Guaviare, Risaralda, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (05 a 08 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 678) representaron el 29,5 %, seguido de los menores de dos a cuatro años con el 14,1 % (3 194). 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 26,3 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 21,9 %.

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 las semanas epidemiológica 06 a 08 se registró un nuevo incremento que superó el límite superior (figura 5).

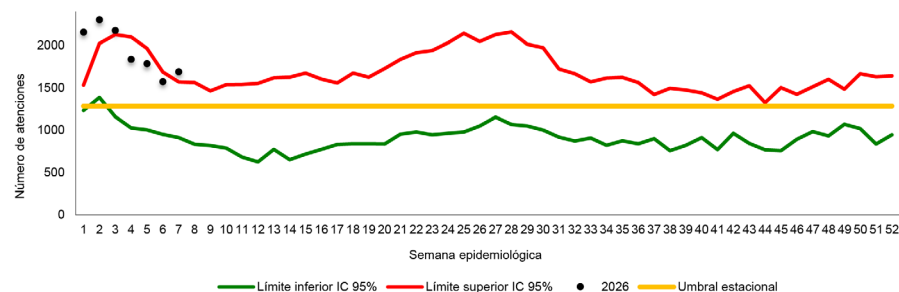
Figura 5. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2026



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

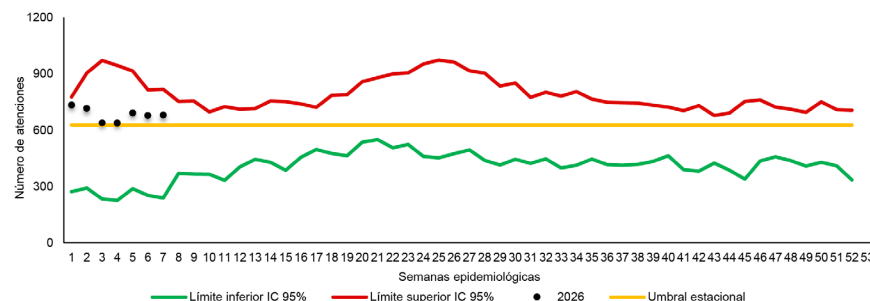
En la semana epidemiológica 08 del 2026, se notificaron 1 622 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 01 a 03 de 2026 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior. A partir de la semana 04 a 07 se registró una tendencia descendente, con valores dentro de los límites esperados. No obstante, en la semana 07 y 08 se presentó un nuevo incremento que superó el límite superior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 08 de 2026



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

Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2026



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

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

En la semana epidemiológica 08 del 2026 se notificaron 783 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Atlántico, Santiago de Cali, Casanare, La Guajira y Quindío. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Chocó, Magdalena, Meta y Nariño. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

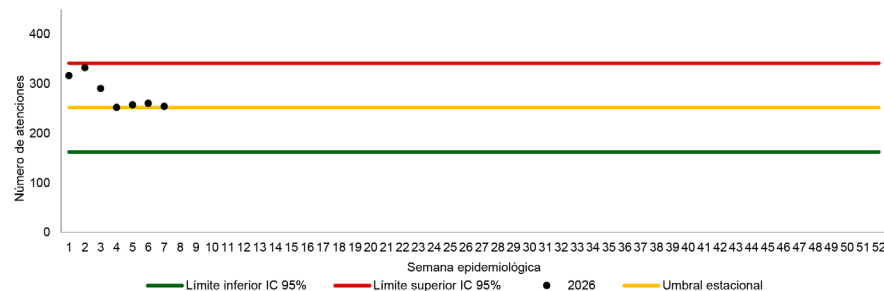
En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (05 a 08 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 36,3 % (1 031), seguido de los menores de un año con el 19,9 % (564) de las hospitalizaciones en este servicio. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de dos a cuatro años con el 23,0 % seguido de los niños de un año con el 22,2 %.

En el canal endémico de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 02 a 07 de 2026 las hospitalizaciones se han ubicado por encima del umbral estacional, con una tendencia ascendente sostenida que alcanzó el límite superior en la semana 08 (figura 7).

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

En la semana epidemiológica 08 del 2026, se notificaron 258 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 08 de 2026 se situaron por encima del umbral estacional; no obstante, muestran un descenso frente a las semanas 01 a 03 de 2026 (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 08 de 2026



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

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual positiva en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias 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, los servicios de consulta externa y urgencias, hospitalización en sala general y UCI/UCIM se ubicaron por encima del límite superior durante la semana 08 de 2026.

El comportamiento observado en las atenciones por IRA está estrechamente asociado a factores ambientales y climáticos que influyen en la estacionalidad y transmisión de los virus respiratorios, lo que representa un elemento clave para la evaluación del riesgo epidemiológico en el territorio nacional. Para marzo de 2026, se prevén precipitaciones por encima de lo normal en la mayor parte del país, con probabilidades que fluctúan entre el 50 % y 70 %, incluyendo el área insular Caribe; solo en áreas puntuales de Nariño, Vaupés y Amazonas se proyectan lluvias por debajo de lo normal, con probabilidades entre el 45 % y 60 %. Desde el punto de vista climatológico, marzo constituye un mes de transición hacia la primera temporada lluviosa del año, con aumento progresivo de las precipitaciones en la región Andina, lluvias abundantes y ligeramente mayores en la región Pacífica con respecto a febrero, e incremento gradual de sur a norte en la Amazonía y Orinoquía. Estas condiciones de alta humedad y aumento de lluvias en gran parte del territorio configuran escenarios favorables para la circulación de agentes respiratorios. En este contexto, se mantiene un riesgo epidemiológico moderado para IRA, por lo que se recomienda fortalecer la vigilancia, la detección temprana de incrementos inusuales y la implementación oportuna de medidas de prevención y control, en particular en los grupos de mayor riesgo¹.

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

- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento), con énfasis en comunidades en riesgo de inundación y poblaciones alojadas en refugios temporales.

- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias establecidas, realizando un monitoreo continuo con el fin de identificar comportamientos inusuales y crear acciones de mitigación; activando vigilancia intensificada en alojamientos temporales y municipios con antecedentes de afectación por eventos hidrometeorológicos.
- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permitan la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar, con énfasis en poblaciones vulnerables (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes), incluyendo a las poblaciones desplazadas por inundaciones.
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas, aprovechando el contacto con los servicios de salud durante la atención en emergencias y el paso por albergues.
- Garantizar condiciones mínimas de ventilación natural en alojamientos temporales, evitando el hacinamiento y promoviendo la separación de personas con síntomas respiratorios como medida de control de fuente.
- Establecer rutas claras de atención y referencia para casos de IRA grave en poblaciones afectadas por inundaciones, priorizando niños menores de 5 años, adultos mayores, gestantes y personas con comorbilidades.
- Notificar oportunamente posibles brotes respiratorios en alojamientos temporales al INS y a las direcciones territoriales de salud, activando los protocolos de investigación y respuesta ante brotes en entornos de emergencia.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas, considerando el incremento de la demanda asociado a posibles eventos de inundación.
- Coordinar con las autoridades de gestión del riesgo de desastres (UNGRD, consejos territoriales de gestión del riesgo) la inclusión de la vigilancia y control de IRA en los planes de respuesta sanitaria ante inundaciones.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas 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 08, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un decremento general de la positividad con aumento para rinovirus y VSR. Al decremento Influenza A con predominio del subtipo (H1N1), los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 16). 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 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2026

Agente viral identificado	SE 01 a 04 de 2026			SE 05 a 08 del 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	61,6	65,8	56,3	53,6	57,9	37,5	
Rinovirus	13,0	13,1	10,3	23,3	23,6	7,4	
Virus sincitial respiratorio	16,1	26,8	5,2	24,4	35,4	11,1	
Enterovirus	4,2	3,0	5,2	6,2	4,3	3,7	
Adenovirus	5,4	6,6	-	4,4	4,3	3,7	
Influenza B	-	-	-	1,5	-	3,7	
Influenza A	20,7	12,6	31,0	13,8	9,3	33,3	
Parainfluenza	11,3	14,6	10,3	9,5	12,4	7,4	
Metapneumovirus	5,4	6,1	6,9	5,1	4,9	7,4	
A(H1N1)pdm09	13,6	8,6	20,7	2,2	0,6	7,4	
SARS-CoV2	1,4	1,0	3,4	1,8	1,9	3,7	
A(H3N2)	6,5	4,0	5,2	4,7	1,2	3,7	
Coronavirus	2,3	3,5	1,7	3,3	1,9	7,4	

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
SE: semana epidemiológica

Referencias

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

COVID-19

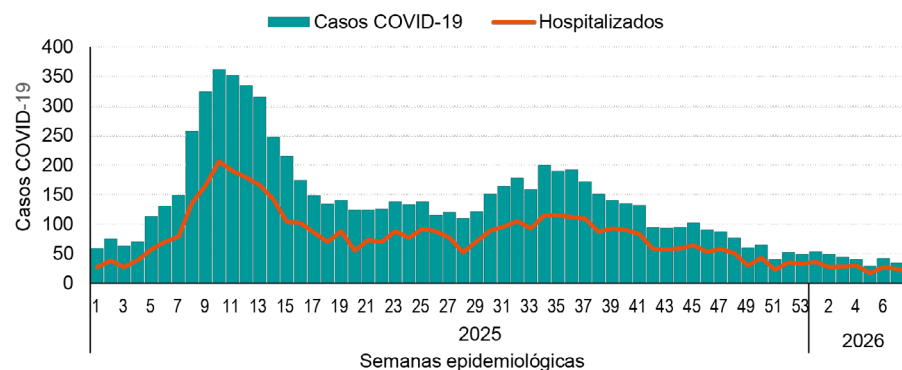
Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 08 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 ($p > 0,05$)).

Figura 9. Comportamiento temporal de casos de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 08 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 08 de 2026 *SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 05 a 08 de 2026), se registró una incidencia de 0,3 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 22 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 55 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026), se observa un aumento en la notificación de casos de COVID-19 en los niveles departamental y distrital en: Sucre y Bogotá, D.C., y a nivel municipal en: Soacha (Cundinamarca) y Sincelejo (Sucre).

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026) y actual (semanas epidemiológicas 05 a 08 de 2026) se observa una disminución de los casos de COVID-19 en la mayoría de los grupos de edad. Las reducciones más marcadas corresponden al grupo de 20 a 29 años (-71,4 %), seguido del grupo de 50 a 59 años (-57,9 %), y menores de un año (-53,3 %). En contraste, se registró un aumento en el grupo de 2 a 4 años (66,7 %), 10 a 19 años (22,2 %) y 5 a 9 años (12,5 %) (tabla 17).

- 26 En lo corrido de 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 08), con corte al 28 de febrero (semanas epidemiológicas 08) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 321 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 05 a 08 de 2026), se observó una disminución del 27,4 %, con 135 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026), en el cual se reportaron 186 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 28,9 % pasando de 121 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 86 casos en el periodo analizado (figura 9).

Tabla 17. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 01 a 03 2026	SE 05-08 2026		
Menor de un año	15	7	-53,3	
1 año	14	7	-50,0	
2 a 4 años	12	20	66,7	
5 a 9 años	8	9	12,5	
10 a 19 años	9	11	22,2	
20 a 29 años	14	4	-71,4	
30 a 39 años	9	8	-11,1	
40 a 49 años	14	10	-28,6	
50 a 59 años	19	8	-57,9	
60 a 69 años	16	9	-43,8	
70 a 79 años	6	5	-16,7	
80 a 89 años	4	2	-50,0	
90 a 99 años	46	35	-23,9	
Mayor de 100 años	0	0	0,0	
Total	186	135	-27,4	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, semanas epidemiológicas 01 a 08 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 08 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 18. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 08 del 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 53 de 2025 y SE 03 2026)	Observado (SE 04-08 2026)
Meta	1705	29.9	1.3	705	926
Cesar	1679	57.2	0.4	811	867
Cartagena de Indias	1511	20.8	0.6	955	711
Norte de Santander	1441	35.9	1.4	621	846
Santander	1292	34.3	0.5	586	710
Bolívar	945	36.6	1.8	412	517
Tolima	925	33.8	1.6	415	492
La Guajira	919	57.5	1.8	467	467
Barranquilla	901	41.6	0.9	583	377
Santa Marta	884	40.2	0.2	534	414
Magdalena	839	55.8	0.5	386	469
Antioquia	767	35.5	0.8	414	371
Córdoba	684	44.2	1.2	345	356
Atlántico	677	47.0	1.0	390	321
Valle del Cauca	320	28.8	1.3	159	191
Sucre	309	46.3	0.3	169	169
Arauca	304	38.5	0.3	112	181
Cundinamarca	292	36.6	1.0	149	148
Santiago de Cali	288	30.9	1.0	147	146
Huila	287	37.3	3.5	105	142
Putumayo	206	17.5	1.0	58	98
Amazonas	178	11.8	0.0	75	101
Chocó	143	25.2	0.7	96	59
Guaviare	142	12.7	0.7	41	54
Casanare	107	41.1	0.9	36	62
Nariño	92	37.0	1.1	35	52
Quindío	91	25.3	2.2	37	49
Caquetá	73	50.7	4.1	29	42
Cauca	47	29.8	2.1	17	27
Exterior	46	41.3	4.3	24	23
Boyacá	43	55.8	0.0	16	23
Risaralda	39	28.2	0.0	28	23
Vichada	23	26.1	0.0	9	16
Buenaventura	23	30.4	0.0	10	13
Caldas	21	47.6	0.0	10	12
Vaupés	18	0.0	0.0	6	17
Archipiélago de San Andrés	9	22.2	0.0	1	8
Guainía	2	50.0	0.0	1	0
Colombia	18 272	38,4	1,0	8 994	9 500

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

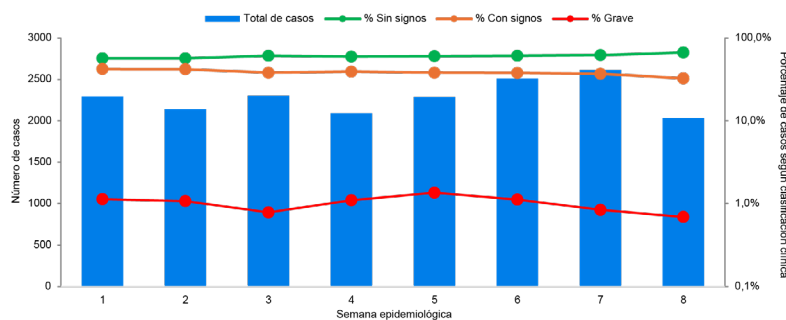
En la semana epidemiológica 08 del 2025 se notificaron 2 555 casos de dengue: 2 032 casos de esta semana y 523 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 18 272 casos, 11 068 (60,6 %) sin signos de alarma, 7 019 (38,4 %) con signos de alarma y 185 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,0 % (10 417) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Cartagena de Indias, Norte de Santander, Santander, Bolívar, Tolima y La Guajira (tabla 18).

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 04 a 07 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 53 de 2025 a 03 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Arauca, Boyacá, Caquetá, Casanare, Cauca, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vaupés y Vichada; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 18).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 38,5 % a nivel nacional (figura 10); 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 04 a 07 de 2026) fueron: Caquetá, Cesar, Magdalena y La Guajira.

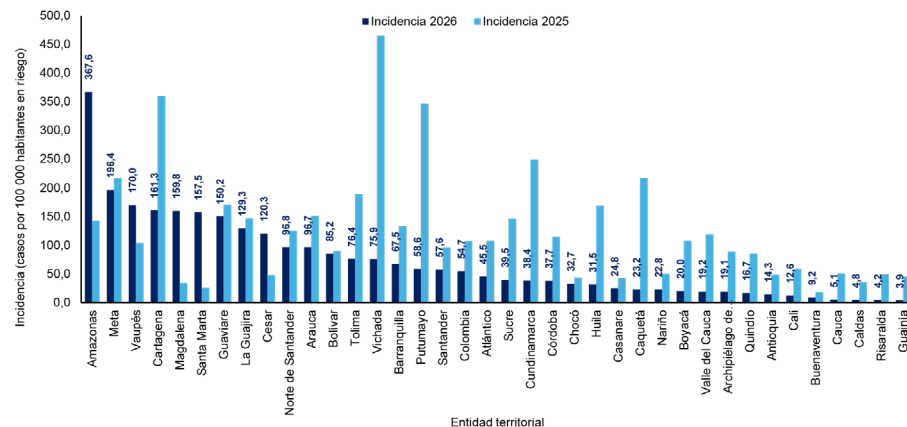
Figura 10. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 08, 2026



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

A semana epidemiológica 08 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 54,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 107,3 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Amazonas, Meta, Vaupés, Cartagena de Indias, Magdalena, Santa Marta y Guaviare presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 08 del 2026 registrando tasas superiores a 150 casos por 100 000 habitantes (figura 11). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 111,1 casos por 100 000 habitantes (figura 11).

Figura 11. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 08 del 2025 y 2026



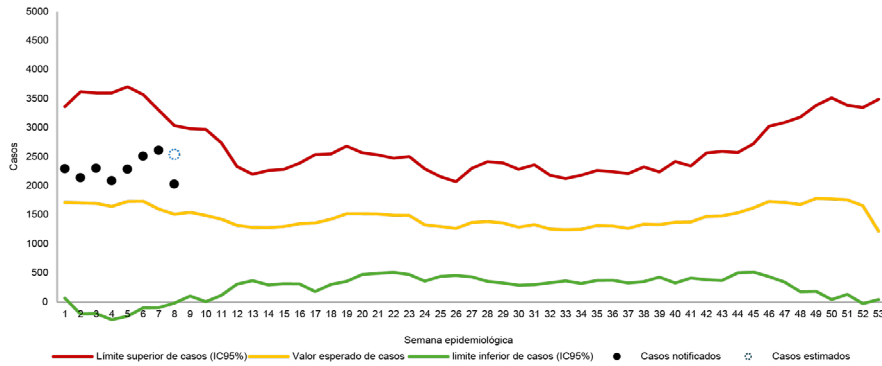
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 08 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 5,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 04 a 07 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 53 de 2025 a 03 de 2026) (figura 12).

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 40,5 % (15) está dentro de lo esperado, el 29,7 % (11) se encuentra en situación de alerta y el 29,7 % (11) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 19).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 08 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 13,4 % (111) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 22,8 % (13/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

Figura 12. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 08 del 2026.



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

Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 08 del 2026

Situación epidemiológica a SE 08, 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	Amazonas, Meta, Arauca y Vichada
Alerta	Atlántico, Barranquilla, Córdoba	Antioquia, Chocó, Quindío, Nariño Tolima, Santander y Vaupés	Guaviare
Dentro de lo esperado	Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Cundinamarca, Sucre, Risaralda y Valle del Cauca	Boyacá, Caquetá, Cauca, Casanare, Putumayo, Santiago de Cali, Guainía y Hulla

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

Tabla 20. 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 08 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Esperado (SE 53, 2025 y SE 03 2026)	Observado (SE 04-07 2026)
Atlántico	Sabanalarga	55.3	57	33	24
Bolívar	Cartagena	143.2	1 511	955	711
Cesar	Valledupar	127.2	702	321	366
Córdoba	Cereté	43.6	48	25	25
La Guajira	Riohacha	162.3	340	198	158
	Maicao	98.9	190	97	97
Santa Marta	Santa Marta	160.0	884	534	414
Magdalena	Ciénaga	136.5	174	50	117
Meta	Villavicencio	261.4	1 333	539	730
Norte de Santander	Cúcuta	101.3	773	296	460
	Ocaña	68.3	81	47	45
Santander	Barrancabermeja	94.1	202	103	99
Arauca	Arauca	45.8	46	12	33

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

A semana epidemiológica 08 del 2026, se han notificado 54 muertes probables por dengue las cuales se ha confirmado dos (2) casos, se han descartado 11 casos y se encuentran en estudio 41 casos, de los cuales un (1) caso procede del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,01 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 35 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 21).

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 08, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 08, 2026	Letalidad por dengue a SE 08, 2025
	Confirmados	En estudio		
Atlántico	1	1	0.15	0.13
Norte de Santander	1	2	0.07	0.05
Meta	0	5	0.00	0.16
Córdoba	0	4	0.00	0.14
La Guajira	0	4	0.00	0.00
Santander	0	3	0.00	0.09
Tolima	0	3	0.00	0.04
Valle del Cauca	0	3	0.00	0.00
Caquetá	0	2	0.00	0.00
Putumayo	0	2	0.00	0.00
Antioquia	0	1	0.00	0.15
Arauca	0	1	0.00	0.21
Barranquilla	0	1	0.00	0.11
Bolívar	0	1	0.00	0.10
Santiago de Cali	0	1	0.00	0.08
Casanare	0	1	0.00	0.00
Cesar	0	1	0.00	0.00
Huila	0	1	0.00	0.13
Magdalena	0	1	0.00	0.00
Quindío	0	1	0.00	0.00
Sucre	0	1	0.00	0.09
Colombia	2	40*	0,01	0,10

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

*No se toman en cuenta los casos procedentes del exterior

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

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

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 msnm (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

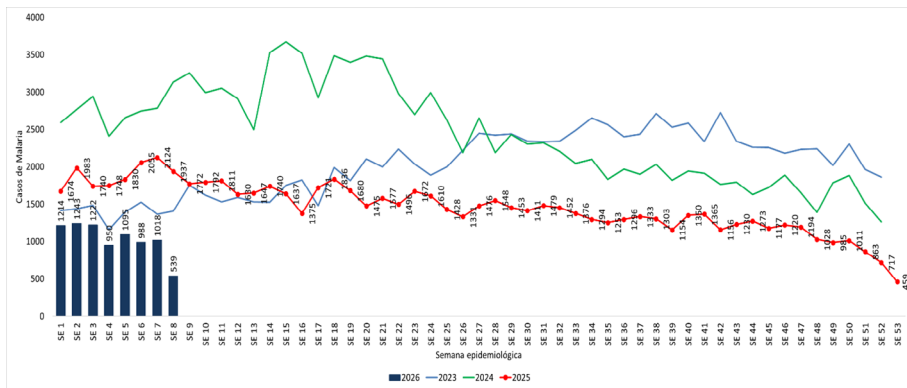
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución por malaria, como lo muestra la grafica (figura 13).

Figura 13. Comportamiento epidemiológico de la malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 08 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 08 del 2026 se notificaron 1 276 casos de malaria, para un acumulado de 8 269 casos, de los cuales 8 110 son de malaria no complicada y 159 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 78,8 % (6 517), seguido de *Plasmodium falciparum* con 20,1 % (1 661) e infección mixta con 1,1 % (91). 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 (24,0 %), Antioquia (15,7 %), Córdoba (10,8 %), Guainía (8,8 %), Nariño (6,1 %), Amazonas (5,9 %), Meta (4,2), Risaralda (3,9 %), Bolívar (3,2 %), Vaupés (3,0 %), Vichada (2,9 %), Guaviare (2,5 %) y Cauca (2,3 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 69,7 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 01 y 04 2026	Casos SE 05 a 08 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	642	372	270	16,93
Córdoba	Tierralta	565	289	276	5,66
Antioquia	El Bagre	297	134	163	5,27
Meta	Puerto Gaitán	287	171	116	6,22
Risaralda	Pueblo Rico	274	194	80	16,32
Chocó	Bagadó	250	123	127	21,11
Chocó	Lloró	230	160	70	21,68
Vaupés	Mitú	199	115	84	8,19
Amazonas	La Pedrera (CD)	187	103	84	43,96
Chocó	Quibdó	185	117	68	1,28
Vichada	Puerto Carreño	174	70	104	7,69
Amazonas	Tarapacá (CD)	158	96	62	36,11
Chocó	Medio San Juan	145	86	59	12,33
Bolívar	Montecristo	141	68	73	7,68
Córdoba	Puerto Libertador	138	79	59	3,04
Buenaventura	Buenaventura	136	68	68	0,42
Chocó	Istmina	134	91	43	3,96
Chocó	Carmen del Darién	114	72	42	5,15
Antioquia	Cáceres	114	45	69	3,66
Norte de Santander	Tibú	101	62	39	1,63
Cauca	Guapi	101	62	39	3,42
Guaviare	San José del Guaviare	101	65	36	1,60
Antioquia	Turbo	99	56	43	0,74
Nariño	El Charco	97	55	42	4,17
Chocó	Juradó	93	78	15	12,34
Antioquia	Nechí	89	44	45	3,19
Nariño	Olaya Herrera	82	44	38	3,10
Chocó	El Cantón del San Pablo	80	44	36	11,58
Chocó	Alto Baudó	77	45	32	2,46
Antioquia	Zaragoza	75	0	36	2,86
Antioquia	Chigorodó	74	45	30	1,19
Chocó	Bajo Baudó	73	31	43	2,15
Nariño	Magüí	73	44	29	0,27
Antioquia	Mutatá	71	44	29	4,72

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 69,7% de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 52,4 % de los casos. En comparación con el período anterior (semana epidemiológica 01 a 04), se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Pueblo Rico, Puerto Gaitán, Mitú, La Pedrera (CD), Lloró, Puerto Libertador, Tarapacá (CD) y Tibú y en incremento los municipios de El Bagre, Puerto Carreño, Montecristo y Cáceres (tabla 23). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 59,7 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Guapi, Quibdó, El Charco, Istmina, Inírida, Lloró, Tierralta, Medio San Juan, Puerto Gaitán, Magüi y Río Quito y en incremento los municipios de Buenaventura, Timbiquí, Bagadó y Barranco Minas (CD) como se muestra en la tabla 24.

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 08 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 53 de 2025 y SE 01 a 03 2026	Casos SE 04 a 07 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	327	248	-24%	9,0%
Córdoba	Tierralta	254	247	-3%	7,8%
Antioquia	El Bagre	131	148	13%	4,4%
Risaralda	Pueblo Rico	180	74	-59%	4,0%
Meta	Puerto Gaitán	133	98	-26%	3,6%
Chocó	Bagadó	95	96	1%	3,0%
Vaupés	Mitú	108	83	-23%	3,0%
La Pedrera	La Pedrera (CD)	99	84	-15%	2,9%
Vichada	Puerto Carreño	67	103	54%	2,7%
Chocó	Lloró	117	43	-63%	2,5%
Córdoba	Puerto Libertador	79	59	-25%	2,2%
Bolívar	Montecristo	66	71	8%	2,1%
Amazonas	Tarapacá (CD)	76	52	-32%	2,0%
Antioquia	Cáceres	42	67	60%	1,7%
Norte de Santander	Tibú	62	39	-37%	1,6%

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

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 08 del 2026.

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 01 a 04 2026	Casos SE 05 a 08 2026	Variación	% Aporte Nacional
Cauca	Guapi	58	35	-40%	5,7%
Buenaventura	Buenaventura	44	47	7%	5,6%
Chocó	Quibdó	64	26	-59%	5,5%
Nariño	El Charco	47	40	-15%	5,3%
Cauca	Timbiquí	24	42	75%	4,0%
Chocó	Istmina	48	16	-67%	3,9%
Guainía	Inírida	41	22	-46%	3,9%
Chocó	Lloró	38	23	-39%	3,7%
Córdoba	Tierralta	32	27	-16%	3,6%
Chocó	Medio San Juan	38	20	-47%	3,6%
Chocó	Bagadó	28	29	4%	3,5%
Meta	Puerto Gaitán	36	18	-50%	3,3%
Nariño	Magüi	31	18	-42%	3,0%
Chocó	Río Quito	31	16	-48%	2,9%
Guainía	Barranco Minas (CD)	1	35	3400%	2,2%

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

Comportamientos inusuales en entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 08 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran siete departamentos en situación de incremento y ocho departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 26 municipios en incremento y 42 municipios en decremento (tabla 25).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 08 2025	Acumulado 2026	SE 08 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	315	43	163	8	35	64
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	10	1	12	0	0	2
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	84	3	0	12
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	16	0	189	19	30	85
Antioquia	Cáceres	4	74	16	115	5	38	69
Antioquia	Nechí	5	175	16	89	9	20	45
Antioquia	Yondó	4	12	0	21	0	1	8
Antioquia	El Bagre	5	403	65	301	25	149	166
Antioquia	Caucasia	4	47	5	46	1	12	27
Arauca	Saravena	4	132	7	27	1	1	15
Bolívar	San Martín de Loba	4	1	1	2	0	0	2
Bolívar	Tiquisio	4	22	2	26	1	11	16
Bolívar	Montecristo	5	186	26	151	20	42	76
Boyacá	Cubará	4	178	30	45	1	0	26
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	5	2	15	2	2	10
Caquetá	Florencia	4	67	9	24	1	2	12
Chocó	Belén de Bajirá	5	32	2	64	3	15	26
Córdoba	Tuchín	4	15	1	23	1	3	10
Guainía	Inirida	5	313	38	644	38	249	271
Guainía	Barrancominas	4	11	1	52	9	10	47
Guaviare	Calamar	4	21	5	42	4	12	21
Meta	Puerto Gaitán	4	12	4	293	22	15	118
Putumayo	Puerto Asís	4	1	0	4	2	0	2
Putumayo	Puerto Leguízamo	4	7	1	21	4	2	9
Vichada	Puerto Carreño	4	63	12	178	14	10	106
Vichada	La Primavera	4	3	0	4	0	1	3

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/buscar-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 08 del 2026, se han notificado 3 229 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 3 214 corresponden a residentes en Colombia y 15 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (09 de 2025 a 08 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 26).

El 82,5 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 17,5 % como desnutrición aguda severa. En los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,5 % 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 (27,3 %) y de 1 año (27,0 %). Según el área de residencia, el 66,0 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 08 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos de desnutrición aguda en el distrito de Santa Marta y en los departamentos de Córdoba, Vichada, Guaviare, Vaupés y Guainía. En el nivel nacional no se presentaron 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 201 municipios a nivel nacional (17,9 %) y de disminución en 31 municipios (2,8 %). 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 23 municipios (tabla 27).

Tabla 26. 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 08, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 08 de 2025	Casos a SE 08 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	3396	3214	0,54	17,9	2,8
La Guajira	318	275	1,52	13,3	6,7
Vichada	23	18	1,19	0,0	50,0
Chocó	194	125	1,12	29,0	16,1
Magdalena	87	87	0,83	24,1	6,9
Guaviare	15	12	0,76	25,0	25,0
Risaralda	72	77	0,75	35,7	0,0
Casanare	26	45	0,66	5,3	5,3
Cartagena de Indias	79	78	0,65	0,0	0,0
Arauca	49	41	0,65	42,9	42,9
Amazonas	7	7	0,65	9,1	0,0
Cesar	159	113	0,60	20,0	8,0
Boyacá	72	85	0,60	14,6	0,0
Antioquia	509	486	0,58	26,4	0,8
Vaupés	8	5	0,58	0,0	16,7
Bogotá, D.C.	439	443	0,57	0,0	0,0
Norte de Santander	106	82	0,56	12,5	2,5
Bolívar	86	87	0,55	31,1	2,2
Nariño	105	111	0,52	15,6	1,6
Guainía	4	3	0,52	0,0	11,1
Cundinamarca	189	195	0,50	17,2	0,9
Putumayo	49	39	0,47	7,7	0,0
Buenaventura	27	19	0,47	0,0	0,0
Valle del Cauca	88	99	0,47	20,0	0,0
Santiago de Cali	89	79	0,45	0,0	0,0
Meta	61	69	0,45	24,1	0,0
Huila	70	76	0,43	13,5	2,7
Sucre	66	55	0,43	23,1	3,8
Santa Marta	25	23	0,40	100,0	0,0
Tolima	48	65	0,38	12,8	0,0
Barranquilla	22	22	0,38	0,0	0,0
Caquetá	18	30	0,37	25,0	6,3
Caldas	22	30	0,34	14,8	0,0
Atlántico	31	46	0,30	22,7	0,0
Santander	93	67	0,29	13,8	1,1
Córdoba	95	69	0,28	10,0	3,3
Quindío	7	11	0,27	16,7	8,3
Cauca	38	37	0,25	7,1	2,4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	3	0,18	0,0	0,0

SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 9 de 2025 a SE 8 de 2026.

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

Tabla 27. 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 08 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	50	29
Antioquia	Bello	21	28
Córdoba	Montería	35	25
Atlántico	Soledad	15	23
Tolima	Ibagué	9	19
Caquetá	Florencia	11	16
Sucre	Sincelejo	7	16
Antioquia	Turbo	10	15
Valle del Cauca	Jamundí	9	15
Antioquia	Rionegro	6	13
Antioquia	Itagüí	7	12
Risaralda	Dosquebradas	7	12
Cesar	Aguachica	5	11
Santander	Bucaramanga	20	11
Valle del Cauca	Tuluá	3	11
Arauca	Arauca	16	10
Valle del Cauca	Cartago	4	9
Antioquia	Envigado	4	8
Antioquia	Apartadó	12	3
Quindío	Armenia	7	2
Cundinamarca	Girardot	9	1
Magdalena	Ciénaga	9	1
Norte de Santander	Villa del Rosario	8	1

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

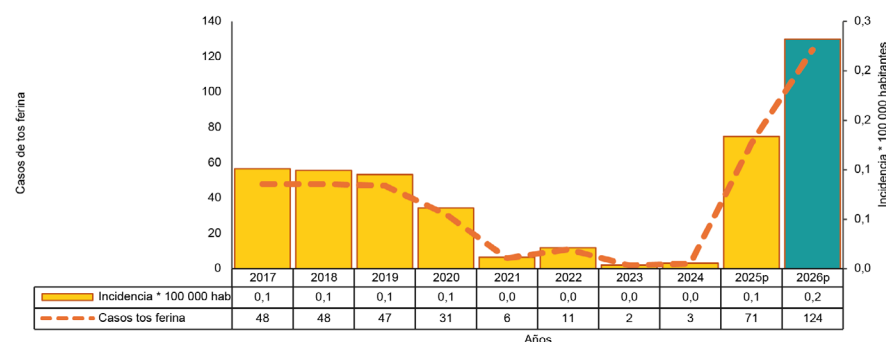
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 07 de 2026

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexa epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias se calcularon únicamente con base en los casos procedentes de Colombia.

Durante la semana epidemiológica 07 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 875 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,6 % (145) se confirmó y corresponde a casos con procedencia de Colombia, el 43,3 % (379) corresponde a casos descartados y el 40,1 % (351) se encuentra en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante semana epidemiológica 07 es de 0,3 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos correspondientes a la misma semana en años anteriores, se evidencia un incremento sostenido en el número de casos notificados donde la incidencia no superó el 0,2 casos por cada 100 000 habitantes en 2025 (figura 14).

Figura 14. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 07, 2017 al 2026p



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

La figura 15 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semana epidemiológica 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 06, con un pico máximo en la semana epidemiológica 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa, aunque con repuntes en las semanas epidemiológicas 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) y 04 de 2026 (30 casos). En las últimas cuatro semanas se registra una reducción del 25,5 %, al pasar de 94 casos (semana epidemiológica 53 de 2025 y 01 a 03 de 2026) a 70 casos (semana epidemiológica 04 a 07 de 2026). Es importante señalar que estos datos están sujetos a modificaciones debido al rezago inherente al proceso de confirmación de casos.

Figura 15. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 07 de 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 y 2026p
p: dato preliminar sujeto a validación

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 07, de 2019 a 2026p

El mayor número de casos se registró en Antioquia, con una incidencia de 0,3 casos por cada 100 000 habitantes (23), le siguen Bogotá, D.C. con 0,3 (20), Cartagena de Indias con 2,0 (20) y Casanare con 1,7 casos por cada 100 000 habitantes (8).

La tabla 28 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026p para la misma semana epidemiológica.

Tabla 28. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 07, 2019 a 2026p

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0.12	0.08	0.01	0.02	0.00	0.01	0.15	0.3	-----	145
Antioquia	0.18	0.09	0.03	0.03	0.00	0.00	0.49	0.3	-----	23
Cartagena de Indias	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.0	-----	20
Bogotá, D.C.	0.18	0.06	0.00	0.01	0.01	0.00	0.06	0.3	-----	20
Casanare	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.7	-----	8
Santander	0.04	0.09	0.13	0.00	0.00	0.00	0.08	0.3	-----	8
Risaralda	0.00	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.20	0.7	-----	7
Norte de Santander	0.32	0.06	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00	0.4	-----	7
Cesar	0.08	0.15	0.00	0.00	0.07	0.00	0.00	0.4	-----	6
Chocó	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17	0.67	0.7	-----	4
La Guajira	0.00	0.00	0.00	0.79	0.00	0.00	0.00	0.4	-----	4
Bolívar	0.00	0.17	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.3	-----	4
Boyacá	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.3	-----	4
Barranquilla	0.00	0.16	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.3	-----	4
Santiago de Cali	0.00	0.26	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.2	-----	4
Cundinamarca	0.06	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.20	0.1	-----	4
Cauca	0.07	0.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.2	-----	3
Vaupés	32.77	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.5	-----	2
Huila	0.00	0.18	0.00	0.00	0.00	0.00	1.16	0.2	-----	2
Atlántico	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.1	-----	2
Valle del Cauca	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.10	0.1	-----	2
Vichada	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.6	-----	1
Putumayo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.3	-----	1
Santa Marta	0.00	0.19	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.2	-----	1
Sucre	0.11	0.21	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.1	-----	1
Caldas	0.20	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.38	0.1	-----	1
Tolima	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07	0.00	0.1	-----	1
Córdoba	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05	0.0	-----	1

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 y 2026p
p: dato preliminar sujeto a validación

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (04 a 07 de 2026), la incidencia nacional fue de 0,13 casos por cada 100 000 habitantes (70 casos). Se observa aumento en: Caldas, Chocó, Santa Marta, Norte de Santander, Valle del Cauca, Casanare, Risaralda y Santander (tabla 29).

Tabla 29. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia, por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas 04 a 07 de 2026

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 53 de 2025 y SE 01 a 03 de 2026)	Casos PE actual (SE 04 a 07 de 2026)	Incidencia PE anterior (SE 53 de 2025 y SE 01 a 03 de 2026)	Casos pe actual (SE 02 a 07 de 2026)	Tendencia
Colombia	94	70	0,17	0,13	
Caldas	0	1	0,00	0,09	
Chocó	1	3	0,17	0,51	
Santa Marta	0	1	0,00	0,17	
Norte de Santander	2	5	0,12	0,29	
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,10	
Casanare	1	7	0,21	1,48	
Risaralda	3	4	0,30	0,40	
Santander	3	5	0,13	0,21	
Antioquia	13	12	0,19	0,17	
Barranquilla	4	1	0,31	0,08	
Bogotá, D.C.	17	10	0,21	0,13	
Cartagena de Indias	13	9	1,29	0,89	
Cauca	4	1	0,25	0,06	
Cesar	5	3	0,34	0,20	
Córdoba	2	0	0,10	0,00	
Cundinamarca	4	1	0,11	0,03	
La Guajira	6	1	0,56	0,09	
Meta	1	0	0,09	0,00	
Santiago de Cali	3	1	0,13	0,04	
Putumayo	1	0	0,26	0,00	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 y 2026p
p: dato preliminar sujeto a validación, SE: semana epidemiológica

Tabla 30. Brotes de tos ferina en seguimiento, Colombia, 2026p

Entidad territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		33		
Casanare	Paz de Ariporo	4	23/02/2026	06/04/2026
Santander	Cedrito	5	19/02/2026	02/04/2026
Caldas	Aranzazu	1	19/02/2026	02/04/2026
Norte de Santander	Chitagá	2	10/02/2026	24/03/2026
Chocó	Carmen del Darién	2	06/02/2026	20/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	06/02/2026	20/03/2026
Antioquia	Dabeiba	5	01/02/2026	15/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	1	26/01/2026	09/03/2026
Cesar	Agustín Codazzi	1	26/01/2026	09/03/2026
Vichada	Cumaribo	1	24/01/2026	07/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	04/03/2026
Cauca	Toribio	1	16/01/2026	27/02/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026
Vaupés	Mitú	2	06/01/2026	17/02/2026

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 y 2026p
p: dato preliminar sujeto a validación, FIS: fecha de inicio de síntomas

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

En 2026 (semana epidemiológica 07), se identificaron 33 casos confirmados de tos ferina en población indígena distribuidos así: Antioquia y Santander (5), Risaralda, Casanare y Chocó (4), Cauca (3), Vaupés y Norte de Santander (2), Boyacá, Cesar, Vichada, Caldas con un caso. Los brotes en seguimiento se detallan en la tabla 30.

ALERTAS NACIONALES

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

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

A corte del 03 de marzo 2026 (datos preliminares), se han notificado 309 casos probables, 26 confirmados (25 por laboratorio y uno (1) por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre 04 de enero y 26 de febrero de 2026, todos procedentes de Tolima. Igualmente, se han notificado 13 muertes probables, 11 confirmados y dos (2) en estudio lo que representa una letalidad de 42,3 % (11/26).

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 174 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 10 departamentos de Colombia (Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare); adicionalmente se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela).

Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 70 casos y dos (2) se encuentran en estudio (letalidad del 42,3 %).

Entre el 24 de febrero y 3 de marzo de 2026 se confirmó un (1) caso de fiebre amarilla, con procedencia de Chaparral (Tolima).

Respecto a las epizootias, durante 2025 y 2026 (datos preliminares) se han confirmado 84 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). El último caso se confirmó el 27 de febrero de 2026 por parte del Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud en zona rural del Granada (Meta).

Nota aclaratoria: semana epidemiológica 53 (28 de diciembre al 03 enero de 2026) y semana epidemiológica 01 (04 al 10 enero de 2026). Los casos de eventos transmitidos por vectores en la semana epidemiológica se calculan según fecha de inicio de síntomas.

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

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

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



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Frente frío Córdoba, 27 de febrero 2026

Desde el 31 de enero de 2026, Córdoba enfrenta evento hidrometeorológico severo asociado al paso de un sistema de frentes fríos en el Caribe colombiano. De acuerdo con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), el tercer frente frío (22 al 28 febrero 2026) se mantiene alerta roja en las cuencas Sinú-San Jorge-Canalete, con incremento sostenido de los niveles del río Sinú y riesgo de nuevos aumentos de caudal. Con corte al 25 de febrero de 2026 (18:00 h), se presentan ocho (8) personas fallecidas y trece lesionadas. Se identificaron 33 establecimientos de salud impactados, cinco (5) de ellos con daños estructurales y 28 por inundaciones.

En total, 25 857 personas recibieron atención en salud por parte de diferentes entidades así: entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB) 6 808, equipos básicos de atención en salud (EBAS) 17 746 y cooperantes 1 303. Se mantiene alerta roja en Tierralta, San Pelayo, Cotorra y Lorica, mientras que la hidroeléctrica Urrá ha incrementado las descargas hacia el río Sinú. Alojamiento temporales de emergencia (ATE): 63 se encuentran activos, 37 caracterizados en EWARS, 26 pendientes, cerrados 65 para un total de 128 ATE con 9 342 personas alojadas.

Con corte al 27 de febrero de 2026, se han capacitado 187 evaluadores en el componente ATE del EWARS-Módulo EAPB. Adicionalmente, se llevó a cabo la Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA), orientada al fortalecimiento del plan de acción sectorial en seis ejes estratégicos: vigilancia epidemiológica, continuidad de servicios, salud ambiental, atención a poblaciones vulnerables, gestión financiera y coordinación intersectorial.

Las acciones implementadas buscan fortalecer la detección temprana, la respuesta oportuna y la gestión integral del riesgo en un contexto de alta demanda asistencial y condiciones ambientales que favorecen la emergencia de eventos de interés en salud pública. Entre los eventos priorizados se incluyen: enfermedades transmitidas por agua y alimentos (EDA, cólera, hepatitis A y leptospirosis); enfermedades transmitidas por vectores (dengue, Chikunguya, zika y malaria); infecciones respiratorias agudas (incluyendo IRAG inusitado, COVID-19 y tosferina); y eventos no transmisibles como intento de suicidio, violencia de género e intrafamiliar, morbilidad materna extrema, varicela y desnutrición aguda en menores de cinco años.

Durante la semana epidemiológica 07 de 2026 se identificaron comportamientos inusuales en eventos priorizados en varios municipios del departamento (tabla 31).

Tabla 31. Municipios con comportamiento inusual en eventos priorizados de salud pública asociados a la emergencia climática por frente frío en Córdoba, semana epidemiológica 07

Evento	No. Municipios	Nombre del municipio
Accidente ofídico	6	Ayapel, Montería, Los Córdoba, Canalete, Puerto Escondido, San José de Uré
Dengue grave y dengue con signos de alarma	8	Ayapel, Montelíbano, Cereté, Buenavista, Ciénaga de Oro, Moñitos, San Antero, Puerto Libertador
Desnutrición	5	Valencia, Ciénaga de Oro, Pueblo Nuevo, Momil, San Pelayo
Intento de suicidio	1	Cereté
Malaria	1	Ciénaga de oro
APTR	1	San Pelayo
Morbilidad materna extrema	4	Puerto Escondido, San José de Uré, San Antero, San Bernardo del Viento
IRAG inusitado	1	San Antero
Morbilidad por IRA - Hospitalización	1	Lorica
Morbilidad por IRA (Consulta externa y urgencias)	13	Valencia, Ayapel, Chimá, Tierralta, La Apartada, Canalete, Montelíbano, Cereté, Buenavista, Ciénaga de Oro, Pueblo Nuevo, San Antero, Puerto Libertador
Tuberculosis	3	Montería, Lorica, Ciénaga de Oro
Varicela	1	Cereté
Violencia de género	3	San José de Uré, Moñitos, San Antero
Morbilidad por EDA	4	La Apartada, Buenavista, Moñitos, Pueblo Nuevo

Fuente: elaboración propia basada en datos de la sala de análisis, febrero 27 de 2026
APTR: agresión por un animal potencialmente transmisor de rabia

Se reitera la recomendación de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la confirmación diagnóstica y la notificación inmediata. La información presentada es preliminar y continúa bajo seguimiento por parte del grupo de factores de riesgo ambiental del Instituto Nacional de Salud.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo

Brote de infección respiratoria en población de interés especial (Policía), San Luis (Tolima), 03 de marzo de 2026

El 20 de febrero se incorporaron 810 bachilleres para prestar su servicio militar como auxiliar de policía en el municipio de San Luis (Tolima) para la realización del servicio militar como auxiliares de policía. El 23 de febrero se identificaron 19 personas con síntomas respiratorios, quienes fueron atendidas en la Empresa Social del Estado (E.S.E.) del Espinal; adicionalmente, se identificaron 710 personas expuestas. Se tiene previsto el ingreso progresivo de nuevos estudiantes durante los próximos dos meses.

Como parte de la respuesta institucional, se implementaron medidas de control que incluyeron el refuerzo del uso de elementos de protección personal, el aislamiento de sintomáticos respiratorios, el cumplimiento de protocolos de lavado de manos, así como el fortalecimiento de las acciones de limpieza y desinfección de áreas y de información, educación y comunicación. El 27 de febrero se desplazó el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) municipal con apoyo del nivel departamental para la investigación del evento y la toma de muestras. Ese mismo día se realizó una Sala de Análisis del Riesgo (SAR) nacional, en la cual se estableció un nivel de respuesta departamental y se reiteró la disponibilidad de apoyo desde el nivel nacional y territorial en caso de ampliación del evento.

A la fecha se han identificado 98 casos de infección respiratoria en personas entre 17 y 23 años; uno de los casos requirió hospitalización. Con base en los 810 expuestos, se estima una tasa de ataque de 12,1 %. En el contexto de la investigación epidemiológica de campo se recolectaron 33 muestras respiratorias, todas fueron positivas para Influenza A (H3N2), con fecha de resultado del 03 de marzo.

Durante el seguimiento se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con el fortalecimiento de la coordinación interna entre las dependencias de la institución, la documentación sistemática del seguimiento a los casos sintomáticos para mejorar la trazabilidad de las acciones y la formalización de una estructura de comando de incidentes que facilite una respuesta organizada ante eventos similares. Continúan las acciones de búsqueda de sintomáticos respiratorios, educación en signos y síntomas y recolección de muestras según criterio epidemiológico. A la fecha no se han identificado casos secundarios asociados a la importación. Información preliminar sujeta a cambios.

Fuente: Secretaría Departamental de Salud del Tolima, 03 de marzo de 2026.

Actualización de casos importados de sarampión a nivel nacional, 04 de marzo de 2026

Durante 2026 se han confirmado tres (3) casos importados de sarampión, todos con antecedente de viaje a Ciudad de México. Los casos fueron notificados por Bogotá, D.C. (2) y Bucaramanga (1). A la fecha, los casos no han requerido hospitalización, ni se han presentado complicaciones, y no se registran fallecimientos asociados.

Al corte del 04 de marzo 2026 (datos preliminares), se han notificado 206 casos sospechosos, de los cuales 96 han sido descartados y 3 confirmados por criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, con identificación de genotipo D8. Permanecen en estudio 107 casos sospechosos, notificados por las entidades territoriales de: Bogotá D.C. (49), Antioquia (13), Sucre (6), Santander (5), Valle del Cauca (5), Norte de Santander (4), Cesar (3), Córdoba (3), Barranquilla (3), Boyacá (2), Santa Marta (2), Cundinamarca (2), Huila (2), Cartagena de Indias (2), Nariño (2), Meta (2), Chocó (1) y Casanare (1).

En respuesta a la situación, se mantiene activo el Centro de Operaciones de Emergencias (COE) en Salud Pública y la Sala de Análisis del Riesgo Nacional, en coordinación con las entidades territoriales. Entre las acciones implementadas se destacan la intensificación de la vigilancia epidemiológica para casos sospechosos de sarampión y rubéola, la búsqueda activa comunitaria (BAC) en residencias, espacios laborales, instituciones educativas, aerolíneas involucradas y lugares de esparcimiento; el monitoreo rápido de vacunación (MRV) y las jornadas de vacunación de bloqueo; la búsqueda activa institucional (BAI); el fortalecimiento de la vigilancia hospitalaria para el personal de salud; y la verificación del esquema de vacunación en talento humano en salud, además del seguimiento diario de contactos.

A la fecha no se han identificado casos secundarios derivados de la importación.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 04 de marzo

41

ALERTAS INTERNACIONALES

Situación epidemiológica de sarampión en México, Secretaría de Salud de México, fecha de publicación 03 de marzo de 2026

Desde el 01 de enero de 2025 hasta el 03 de marzo de 2026 se han confirmado 12 176 casos de sarampión en el país, 6 452 en el año 2025 y 5 724 en el año 2026. El grupo de edad con el mayor número de casos es de 1 a 4 años (1 645 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (1 439 casos) y el de 25 a 29 años (1 404 casos). La tasa de incidencia más elevada se presenta en menores de un año con 61,59 casos por cada 100 000 habitantes. Durante el mismo periodo se han confirmado 32 defunciones acumuladas (27 en 2025 y cinco en 2026). Los estados con el mayor número de casos reportados en el año 2026 son Jalisco (3 377), Chiapas (520), Ciudad de México (396) y Sinaloa (208).

Fuente: Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 03 de marzo de 2026. Fecha de consulta: 04 de marzo de 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1060986/Informe_diario_03_03_2026.pdf

Fuente: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Casos y brotes de sarampión. Fecha de publicación: 27 de febrero de 2026. Fecha de consulta: 03 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html>



Situación epidemiológica de sarampión en Estados Unidos. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Fecha de publicación: 27 de febrero de 2026

En 2026, hasta el 27 de febrero, se habían notificado 1 136 casos confirmados de sarampión en el país. De estos, seis (6) fueron notificados entre visitantes internacionales; y 1 130 casos fueron reportados por 28 jurisdicciones: Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Maine, Minnesota, Nebraska, Nuevo México, Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wisconsin.

Del total de casos en 2026, por grupo de edad, el 57,0 % corresponden al grupo de 5 a 19 años, seguido del 24,0 % para el grupo de menores de 5 años, 17,0 % para el grupo de mayores de 20 años y el 1,0 % no tienen dato de edad. Con respecto al estado de vacunación de los casos confirmados, el 92,0 % no estaban vacunados o su estado era desconocido, el 4,0 % contaban con dos dosis de vacunación y el 4,0 % contaba con una dosis de vacunación. El 5,0 % (58/1 136) de los casos ha requerido hospitalización. En 2026 no se han reportado muertes secundarias a la enfermedad.



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 08 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 08

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Defectos Congénitos			Hepatitis A		
	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	9	2	2	87	29	46	178	43	101	21	15	7	0	0	0	4	1	1	0	0	0
Antioquia	95	11	5	3350	1365	1647	767	324	371	272	136	135	6	3	4	268	111	137	42	79	30
Arauca	21	2	2	176	57	86	304	44	181	117	15	73	1	0	1	9	5	8	0	1	0
Atlántico	6	3	1	714	282	358	677	238	321	318	134	146	7	6	3	13	5	6	0	1	0
Barranquilla D.E.	1	0	0	806	268	417	901	418	377	375	199	159	8	8	2	17	7	7	0	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	4026	1725	2009	0	0	0	0	0	0	0	0	0	715	187	359	2	18	0
Bolívar	36	4	4	472	223	226	945	196	517	346	100	190	17	3	10	38	11	9	1	0	1
Boyacá	12	2	2	1128	468	557	43	44	23	24	17	11	0	0	0	106	39	43	1	1	0
Buenaventura D.E.	6	0	2	35	14	11	23	21	13	7	9	5	0	0	0	11	3	2	0	0	0
Caldas	15	2	4	674	289	331	21	25	12	10	15	5	0	0	0	19	7	8	2	1	1
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	908	402	455	288	771	146	89	362	36	3	8	2	163	47	65	1	15	1
Caquetá	30	2	3	210	87	102	73	204	42	37	112	22	3	3	3	14	8	4	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	4	0	0	403	142	179	1511	218	711	314	95	132	9	4	0	44	18	11	0	0	0
Casanare	18	2	7	366	116	178	107	121	62	44	57	24	1	1	1	13	5	4	0	1	0
Cauca	26	1	3	999	425	486	47	101	27	14	41	8	1	1	1	150	29	61	0	7	0
Cesar	30	2	9	455	193	236	1679	275	867	960	183	504	6	5	2	12	10	4	0	2	0
Chocó	40	5	4	54	14	24	143	49	59	36	11	10	1	0	1	16	5	8	0	0	0
Córdoba	54	3	6	890	384	480	684	278	356	302	140	150	8	2	3	48	33	21	0	0	0
Cundinamarca	18	1	1	2645	1020	1276	292	308	148	107	142	56	3	2	2	196	53	109	3	4	2
Guainía	4	0	0	42	11	21	2	9	0	1	2	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0
Guaviare	17	1	4	56	31	31	142	37	54	18	9	7	1	0	1	4	5	2	0	0	0
Huila	19	4	3	1155	454	554	287	449	142	107	200	58	10	10	5	64	32	31	1	2	0
La Guajira	24	2	1	380	154	196	919	181	467	528	131	271	17	4	9	9	7	6	2	1	0
Magdalena	22	3	0	346	186	158	839	86	469	468	61	270	4	1	2	6	4	2	0	0	0
Meta	36	4	3	792	294	352	1705	430	926	510	186	285	23	3	14	25	16	12	2	5	1
Nariño	21	2	2	1268	510	649	92	58	52	34	19	22	1	1	1	36	22	13	0	1	0
Norte de Santander	62	8	8	1130	413	550	1441	279	846	517	144	297	20	5	16	58	29	21	5	10	1
Putumayo	24	3	2	340	125	158	206	179	98	36	58	20	2	1	1	34	9	19	0	0	0
Quindío	4	0	1	549	213	279	91	54	49	23	18	12	2	0	1	11	5	4	0	2	0
Risaralda	11	0	0	801	304	406	39	58	23	11	25	7	0	1	0	43	17	23	2	5	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	44	26	22	9	12	8	2	7	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	7	0	1	318	133	152	884	57	414	355	36	152	2	2	0	2	3	2	0	0	0
Santander	36	4	2	1413	525	686	1292	384	710	443	167	233	7	3	5	36	22	8	7	7	6
Sucre	10	2	1	459	203	223	309	301	169	143	182	78	1	5	0	21	5	8	1	0	1
Tolima	37	3	6	1271	471	627	925	591	492	313	1271	160	15	6	9	34	17	14	1	1	0
Valle del Cauca	15	2	3	1635	594	774	320	671	191	92	309	55	4	5	4	57	28	24	0	16	0
Vaupés	7	2	0	35	13	16	18	12	17	0	3	0	0	0	0	14	2	9	0	0	0
Vichada	8	0	0	26	19	16	23	5	16	6	2	3	0	0	0	2	1	2	1	0	1
Total nacional	785	82	92	30.458	12.183	14.974	18.226	7.531	9.477	7.000	3.598	3.604	183	93	103	2.314	811	1.068	75	179	45

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Departamento	Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas		
	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1	1	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2
Antioquia	525	282	276	118	57	55	3	1	3	0	2	0	14	9	6	72	55	39
Arauca	12	6	8	31	7	16	0	0	0	0	0	0	1	0	0	9	3	4
Atlántico	79	44	33	12	11	7	2	0	1	0	0	0	10	3	3	22	18	12
Barranquilla D.E.	78	47	45	17	11	5	0	0	0	0	0	0	13	4	7	37	14	20
Bogotá D.C.	614	293	322	51	21	21	1	1	1	4	1	2	20	11	10	177	73	94
Bolívar	34	23	17	19	9	5	1	0	1	0	0	0	4	3	3	32	11	12
Boyacá	69	40	29	26	16	15	0	0	0	0	0	0	3	1	0	8	6	3
Buenaventura D.E.	3	3	2	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1
Caldas	74	46	43	19	17	14	0	0	0	0	0	0	0	1	0	11	6	6
Santiago de Cali D.E.	166	89	87	18	10	10	0	1	0	1	0	0	9	4	6	41	23	17
Caquetá	10	8	3	11	9	6	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6	3	3
Cartagena de Indias D.T.	44	29	19	8	6	1	0	0	0	0	0	0	3	1	1	7	7	3
Casanare	18	10	7	11	4	3	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	2	3
Cauca	49	28	26	39	29	16	0	1	0	0	0	0	3	2	2	14	9	5
Cesar	41	28	16	25	13	14	0	2	0	0	0	0	3	3	3	24	10	14
Chocó	5	2	3	9	3	5	0	1	0	0	0	0	2	0	1	6	2	4
Córdoba	78	47	41	38	20	19	1	0	0	1	1	0	14	6	10	29	22	16
Cundinamarca	158	83	87	81	25	64	0	1	0	1	0	1	8	5	1	46	21	24
Guainía	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1
Guaviare	3	2	2	2	2	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	3	1	2
Huila	47	26	20	59	30	28	0	0	0	1	0	0	4	1	2	27	7	12
La Guajira	18	13	10	16	7	7	0	0	0	0	0	0	2	2	0	13	7	8
Magdalena	16	19	6	12	11	8	0	0	0	0	0	0	2	3	1	7	7	6
Meta	46	29	24	40	16	22	0	0	0	0	0	0	7	3	6	26	11	12
Nariño	87	47	49	51	30	22	0	0	0	0	1	0	6	2	5	29	16	17
Norte de Santander	80	40	38	50	28	22	0	0	0	0	0	0	7	3	4	44	13	17
Putumayo	11	13	2	23	17	11	0	0	0	0	0	0	8	2	7	12	6	8
Quindío	27	20	12	10	9	6	0	0	0	0	0	0	1	0	1	13	8	9
Risaralda	97	53	46	21	11	12	1	0	0	0	0	0	7	2	3	24	12	10
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1
Santa Marta D.T.	28	19	16	5	3	2	0	19	0	0	0	0	1	1	0	3	4	1
Santander	153	61	87	54	23	41	1	0	1	0	0	0	10	3	4	21	14	10
Sucre	40	23	22	15	6	8	1	0	0	0	0	0	1	3	1	17	11	5
Tolima	69	33	41	45	27	21	1	1	1	0	0	0	5	3	3	14	9	8
Valle del Cauca	100	60	50	20	21	12	0	1	0	0	0	0	2	3	2	44	21	15
Vaupés	0	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Vichada	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	2.887	1.568	1.490	963	514	499	14	9	8	8	8	3	173	86	93	856	434	424

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Intoxicaciones por gases			Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana		
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nuevo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nuevo epidemiológico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	489	111	173	1	0	1
Antioquia	27	16	14	155	93	90	27	10	11	70	10	31	1297	892	627	49	22	21
Arauca	0	1	0	1	0	0	7	5	4	0	1	0	43	3	23	4	3	2
Atlántico	4	1	2	26	6	19	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	5	0
Barranquilla D.E.	3	0	1	50	19	33	10	3	3	0	0	0	0	0	0	5	6	2
Bogotá D.C.	67	24	49	382	167	232	2	1	2	43	7	20	0	0	0	29	28	17
Bolívar	1	1	1	14	20	6	1	0	1	0	0	0	275	120	140	6	3	4
Boyacá	5	6	1	5	7	3	1	1	0	0	0	0	45	0	26	12	2	6
Buenaventura D.E.	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	136	132	68	3	1	1
Caldas	3	4	1	30	15	13	4	2	1	6	5	6	6	5	1	4	2	2
Santiago de Cali D.E.	4	2	1	35	48	22	35	17	14	17	11	17	2	1	1	22	9	11
Caquetá	0	0	0	7	4	2	2	0	1	2	0	2	61	18	33	2	2	2
Cartagena de Indias D.T.	2	2	0	2	17	0	0	0	0	2	1	2	1	0	0	6	2	3
Casanare	2	0	1	9	2	7	0	1	0	0	0	0	9	5	5	1	1	1
Cauca	2	0	1	10	4	4	6	1	1	3	0	3	190	210	85	7	4	4
Cesar	1	1	0	8	15	6	1	3	1	0	0	1	2	2	1	7	2	5
Chocó	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1976	2429	791	8	3	2
Córdoba	8	0	0	30	37	17	1	1	0	0	0	0	875	968	415	5	5	3
Cundinamarca	31	4	8	50	22	29	4	1	3	2	0	2	0	0	0	15	10	9
Guainía	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	715	261	322	0	0	0
Guaviare	0	0	0	18	3	14	0	0	0	0	0	0	205	110	94	0	1	0
Huila	3	0	0	9	15	4	1	1	0	0	0	0	1	0	1	4	4	3
La Guajira	0	0	0	6	2	4	2	1	0	0	0	0	6	5	5	2	1	1
Magdalena	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	2
Meta	3	1	2	17	11	12	4	1	3	6	2	6	346	49	147	4	3	1
Nariño	7	1	0	27	19	14	4	3	1	6	1	6	508	933	233	17	4	8
Norte de Santander	2	2	1	10	7	4	3	0	2	0	0	0	113	123	45	12	6	5
Putumayo	1	0	1	4	3	2	4	0	0	2	0	2	29	5	13	1	2	0
Quindío	1	3	1	32	15	16	1	1	0	2	1	2	0	3	0	6	1	4
Risaralda	4	1	3	19	12	7	6	1	3	2	0	2	327	294	98	15	4	9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	7	3	4	2	4	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
Santander	6	2	2	15	10	9	4	1	3	0	0	0	1	1	0	19	5	9
Sucre	1	0	1	2	3	2	0	3	0	0	0	0	16	5	6	8	4	4
Tolima	1	1	0	12	7	7	4	4	1	2	0	2	2	0	2	5	3	0
Valle del Cauca	1	1	1	77	33	39	8	3	7	2	2	2	9	5	2	11	4	7
Vaupés	0	0	0	0	0	0	4	1	3	0	0	0	246	116	500	0	0	0
Vichada	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	246	156	143	1	2	0
Total nacional	190	77	92	1.075	622	627	150	71	66	168	34	71	8.177	7.097	3.594	296	154	150

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Morbilidad Materna Extrema			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
	Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
	Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado
Amazonas	1087	485	540	83	10	40	0	0	0	448	445	249	15	12	15	1	3	1
Antioquia	182299	74568	96522	8185	2990	3956	727	943	727	64459	35278	33857	560	516	560	100	126	100
Arauca	2997	1967	1609	273	80	161	8	7	8	1144	718	575	20	22	20	7	13	7
Atlántico	22017	10293	11266	677	180	337	474	150	474	8643	4144	4172	176	165	176	21	39	21
Barranquilla D.E.	32119	15809	16592	1899	404	968	179	244	179	12653	6092	6162	220	250	220	36	38	36
Bogotá D.C.	213182	127590	119016	9975	5196	5300	1339	1230	1339	108814	70992	59149	987	735	987	141	119	141
Bolívar	21095	10579	10244	515	205	237	72	131	72	5767	2889	2946	159	138	159	31	36	31
Boyacá	16244	10120	8609	1022	447	472	60	73	60	7202	5071	3694	127	93	127	21	22	21
Buenaventura D.E.	1282	701	631	4	3	1	1	3	1	499	509	291	10	21	10	12	13	12
Caldas	14667	7882	6933	584	257	253	202	162	202	4531	3300	2512	84	88	84	13	18	13
Santiago de Cali D.E.	39022	22916	18262	1024	659	388	153	95	153	22955	12633	12191	297	234	297	38	47	38
Caquetá	3687	2975	1898	334	130	203	4	8	4	2569	1899	1311	32	36	32	9	12	9
Cartagena de Indias D.T.	25704	17148	13339	1779	320	847	246	227	246	7696	4082	3872	180	162	180	23	40	23
Casanare	3168	2130	1529	75	45	24	22	8	22	1507	1107	778	58	44	58	7	14	7
Cauca	17260	10351	8163	628	223	301	60	74	60	5723	5097	2998	142	144	142	24	38	24
Cesar	17071	9574	8872	860	559	413	76	65	76	3822	3408	1925	198	124	198	30	40	30
Chocó	5142	1979	2535	150	151	86	6	12	6	2290	1102	1307	47	45	47	24	31	24
Córdoba	28779	13845	14038	1331	443	670	263	230	263	8111	4534	4135	144	163	144	38	57	38
Cundinamarca	49767	26290	26800	1945	850	1012	172	230	172	24144	14147	12715	388	273	388	63	62	63
Guainía	265	202	132	17	20	4	0	0	0	252	130	136	7	3	7	2	4	2
Guaviare	846	532	432	96	19	57	9	8	9	646	338	305	7	5	7	0	2	0
Huila	10379	9830	5431	521	431	273	93	95	93	7841	4967	3703	154	122	154	30	28	30
La Guajira	36354	14901	19136	722	465	365	109	38	109	6614	3457	3666	233	198	233	33	62	33
Magdalena	21538	7746	11048	491	206	262	2	23	2	5827	3204	2901	120	97	120	15	23	15
Meta	11105	5847	5452	394	219	216	43	88	43	7364	4809	3724	104	48	104	25	27	25
Nariño	21425	13631	9605	1289	496	565	9	35	9	7651	6054	3811	257	186	257	26	34	26
Norte de Santander	29540	14171	15443	1832	799	955	165	154	165	9533	5643	4485	166	89	166	25	32	25
Putumayo	5439	2417	2813	184	114	97	9	8	9	2777	1156	1442	97	53	97	8	10	8
Quindío	9230	6006	4737	482	278	234	93	68	93	5058	3376	2370	30	17	30	13	11	13
Risaralda	18738	9333	9887	728	293	396	72	70	72	6624	4446	3339	89	93	89	11	17	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	728	774	346	128	43	63	0	0	0	244	295	102	5	3	5	1	2	1
Santa Marta D.T.	9017	3745	4259	745	165	209	339	156	339	3307	1171	1661	106	73	106	13	13	13
Santander	42426	14046	24270	2690	1016	1399	353	351	353	18052	8269	9322	164	118	164	26	33	26
Sucre	16316	7085	8512	1528	400	846	176	220	176	3713	2336	1796	88	89	88	23	31	23
Tolima	22151	12659	11137	1654	472	691	68	69	68	10254	5731	4905	120	127	120	18	24	18
Valle del Cauca	23249	12439	11226	616	249	294	202	105	202	10657	7350	5256	147	133	147	30	34	30
Vaupés	679	166	480	25	6	13	0	0	0	239	85	183	10	4	10	2	2	2
Vichada	293	278	172	0	2	0	0	0	0	196	136	91	12	9	12	5	6	5
Total nacional	976.307	503.010	511.916	45.485	18.845	22.608	5.806	5.380	5.806	409.838	240.402	218.049	5.760	4.734	5.760	945	1.161	945

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	4	20	0	0	0
Antioquia	2	2	1	94	57	38	5	1	1	239	46	123	359	175	137	47	23	24
Arauca	0	0	0	7	2	4	0	0	0	3	1	1	13	9	9	3	3	0
Atlántico	0	1	0	17	5	8	0	0	0	3	1	2	89	41	44	2	1	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	17	8	5	0	0	0	11	1	4	105	33	41	6	3	3
Bogotá D.C.	2	2	0	207	91	95	109	1	13	187	43	85	655	350	346	94	45	49
Bolívar	2	1	1	3	4	1	1	0	0	8	1	2	57	33	23	0	0	0
Boyacá	0	0	0	22	12	9	0	0	0	11	2	3	102	47	53	21	12	9
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	1	0	0	0
Caldas	0	0	0	5	6	4	0	0	0	5	1	4	52	28	37	4	4	0
Santiago de Cali D.E.	0	1	0	20	20	9	0	0	0	8	2	1	138	91	60	18	10	8
Caquetá	0	0	0	5	2	2	0	0	0	0	1	0	41	14	24	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	0	1	0	5	8	1	1	0	0	28	1	9	48	32	22	0	0	0
Casanare	0	0	0	8	2	3	0	0	0	32	0	28	29	17	13	0	0	0
Cauca	0	1	0	5	6	2	0	0	0	8	2	1	41	25	23	25	23	2
Cesar	0	1	0	11	5	6	0	0	0	26	0	3	47	24	22	3	3	0
Chocó	0	0	0	2	0	1	0	0	0	37	7	12	8	3	5	2	2	0
Córdoba	0	1	0	16	13	8	0	0	0	4	1	3	100	57	48	10	8	2
Cundinamarca	1	1	1	57	29	30	36	1	3	32	10	12	296	147	140	20	12	8
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0	2	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	14	5	6	1	0	1
Huila	4	1	1	20	14	11	2	0	0	6	4	1	54	41	29	3	3	0
La Guajira	0	1	0	3	3	1	0	0	0	21	6	8	33	24	17	2	1	1
Magdalena	1	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0	2	38	15	15	0	0	0
Meta	2	0	0	7	7	5	3	0	1	16	2	6	48	33	16	4	3	1
Nariño	3	1	0	22	12	11	2	0	0	8	5	2	93	60	41	9	7	2
Norte de Santander	0	1	0	26	15	15	0	0	0	49	2	27	179	66	102	0	0	0
Putumayo	0	0	0	6	4	3	0	0	0	5	1	1	22	11	11	2	1	1
Quindío	0	0	0	6	3	2	0	0	0	6	0	1	39	29	20	5	4	1
Risaralda	0	0	0	5	5	2	0	0	0	55	1	14	75	31	38	5	4	1
Archiipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	1	0	1
Santa Marta D.T.	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	1	0	36	7	18	0	0	0
Santander	1	1	0	12	8	4	0	0	0	53	6	40	175	54	84	8	5	3
Sucre	1	0	0	3	5	2	2	0	0	6	5	4	51	34	30	11	2	9
Tolima	2	1	0	5	6	1	2	0	0	7	2	5	71	54	34	9	4	5
Valle del Cauca	0	1	0	24	10	8	0	0	0	2	1	2	120	74	71	4	2	2
Vaupés	0	0	0	1	0	0	0	0	0	34	0	10	0	1	0	2	1	1
Vichada	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	3	7	2	5	0	0	0
Total nacional	21	18	4	647	376	292	163	3	18	922	155	420	3.265	1.852	1.607	321	186	135

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, BD		Hepatitis C		Intento de Suicidio	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado
Amazonas	0	0	0	0	7	7	0	0	2	1	0	0	9	11
Antioquia	0	0	0	1	331	486	0	7	42	53	34	73	767	751
Arauca	0	0	0	0	48	41	0	0	3	15	0	2	24	34
Atlántico	0	0	0	0	44	46	0	1	9	8	3	4	128	117
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	26	22	0	0	12	10	4	8	125	112
Bogotá D.C.	0	0	0	0	539	443	0	4	44	80	62	98	749	797
Bolívar	0	0	0	0	65	87	0	3	4	9	1	0	81	65
Boyacá	0	0	0	0	79	85	0	0	3	10	2	2	150	120
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	20	19	0	0	2	1	0	0	18	12
Caldas	0	0	0	0	23	30	0	4	6	13	2	1	173	131
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	74	79	1	0	17	11	21	18	271	252
Caquetá	0	0	0	0	29	30	0	1	4	2	0	0	33	23
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	43	78	0	0	3	6	2	3	85	80
Casanare	2	0	0	0	44	45	0	1	3	8	0	0	38	35
Cauca	0	0	0	0	45	37	0	0	9	12	2	4	131	116
Cesar	0	0	0	0	109	113	0	0	8	12	1	4	94	72
Chocó	0	0	0	0	137	125	0	0	5	11	1	0	23	22
Córdoba	0	0	0	0	99	69	0	0	13	9	1	2	153	150
Cundinamarca	0	0	0	0	192	195	0	1	17	36	6	6	304	369
Guainía	0	0	0	0	9	3	0	0	0	1	0	0	5	4
Guaviare	0	0	0	0	19	12	0	0	6	12	0	0	10	7
Huila	0	0	0	1	67	76	0	5	10	17	1	0	119	115
La Guajira	0	0	0	0	290	275	0	0	4	5	0	0	40	30
Magdalena	0	0	0	0	85	87	0	0	5	4	0	0	51	32
Meta	0	0	0	0	65	69	0	5	5	8	1	2	102	77
Nariño	0	0	0	0	94	111	0	1	11	8	1	3	202	214
Norte de Santander	0	0	0	0	109	82	0	0	22	43	4	2	148	152
Putumayo	0	0	0	0	36	39	0	0	8	10	0	0	48	32
Quindío	0	0	0	0	14	11	0	0	4	5	2	2	80	56
Risaralda	0	0	0	0	66	77	0	0	4	12	6	8	173	171
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	0	0	4	2
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	14	23	0	0	3	3	2	2	39	38
Santander	1	0	1	0	79	67	0	2	16	26	3	3	218	224
Sucre	0	0	0	0	42	55	0	3	6	8	0	1	69	55
Tolima	0	0	0	0	59	65	0	5	9	8	3	7	161	162
Valle del Cauca	0	0	0	0	70	99	1	5	7	17	4	9	188	167
Vaupés	0	0	0	0	13	5	0	0	2	2	0	0	11	4
Vichada	0	0	0	0	41	18	0	0	1	4	0	0	4	3
Total nacional	5	0	1	2	3.129	3.214	2	48	329	501	169	264	5.030	4.814

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
	Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado
Amazonas	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	213	58	12	3	3	3	2	0	5	6	2	1	21	24
Arauca	6	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Atlántico	0	1	0	3	1	0	0	0	1	1	0	0	5	2
Barranquilla D.E.	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	0
Bogotá D.C.	0	0	0	1	4	1	0	0	3	2	0	0	24	66
Bolívar	80	47	3	0	2	0	0	1	1	2	1	1	4	1
Boyacá	32	18	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	3
Buenaventura D.E.	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Caldas	43	14	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Santiago de Cali D.E.	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	7	4
Caquetá	46	19	5	4	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	1	0	8	1	1	1	0	0	1	3	0	0	3	4
Casanare	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Cauca	9	5	0	0	2	1	1	5	0	0	0	0	5	1
Cesar	22	38	1	0	2	1	1	1	1	4	3	1	5	8
Chocó	54	22	1	0	1	1	4	0	4	4	7	1	2	0
Córdoba	35	10	2	1	2	0	0	0	2	0	1	1	6	4
Cundinamarca	40	4	2	5	1	3	0	1	1	0	0	1	11	8
Guainía	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	71	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Huila	2	1	1	6	2	1	0	0	1	0	1	0	4	1
La Guajira	7	2	0	0	4	2	6	0	4	3	7	3	3	0
Magdalena	1	1	1	0	0	0	0	1	1	2	3	0	3	0
Meta	45	14	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	4	4
Nariño	47	7	2	2	2	0	0	1	2	1	1	0	5	3
Norte de Santander	45	12	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	5	13
Putumayo	56	4	0	1	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0
Quindío	0	0	0	3	1	1	0	0	0	1	0	0	2	0
Risaralda	17	9	3	4	2	0	3	1	2	3	2	0	3	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Santander	129	71	2	0	1	0	0	0	0	3	0	0	7	3
Sucre	23	8	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3	6
Tolima	44	10	8	17	1	0	0	1	2	0	0	0	4	1
Valle del Cauca	3	2	2	3	1	1	1	0	2	2	1	0	6	10
Vaupés	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	8	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total nacional	408	1.109	336	425	37	20	25	15	49	44	38	9	160	170

50

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 08

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado
Amazonas	1	0	3	4	0	0	10	9	0	0	1	4	86	76
Antioquia	24	22	192	261	0	1	585	762	19	23	390	397	3176	2146
Arauca	8	1	32	25	0	0	22	24	0	0	14	18	197	179
Atlántico	7	2	56	54	0	0	74	95	3	5	58	43	357	325
Barranquilla D.E.	8	7	64	59	0	1	141	151	3	5	93	110	342	400
Bogotá D.C.	21	18	141	222	0	0	205	241	6	9	549	493	3823	3694
Bolívar	7	6	47	68	0	0	35	36	1	0	34	22	334	323
Boyacá	5	3	13	9	0	0	27	32	1	1	24	27	615	582
Buenaventura D.E.	4	1	21	27	0	0	27	36	1	0	17	18	49	35
Caldas	4	3	24	26	0	0	50	45	0	1	39	50	420	423
Santiago de Cali D.E.	4	2	72	131	0	0	228	267	10	6	179	150	1048	824
Caquetá	1	2	17	20	0	0	39	56	1	4	13	13	152	141
Cartagena de Indias D.T.	9	13	48	90	0	0	69	77	1	0	84	68	202	249
Casanare	5	3	24	26	0	0	22	35	0	1	17	26	104	121
Cauca	4	3	32	41	0	0	45	45	1	1	38	49	447	417
Cesar	7	6	53	43	0	0	73	93	0	2	50	58	304	265
Chocó	9	5	42	28	0	0	33	44	1	0	9	17	64	69
Córdoba	4	3	46	51	0	0	45	62	1	0	81	80	498	439
Cundinamarca	9	6	59	71	0	0	80	115	2	6	119	116	1822	2031
Guainía	2	0	2	4	0	0	4	4	0	0	0	0	25	26
Guaviare	1	0	4	2	0	0	6	5	0	0	3	9	53	42
Huila	2	5	24	37	0	1	79	72	1	2	53	38	943	799
La Guajira	10	3	59	39	0	0	85	117	2	3	38	51	180	181
Magdalena	5	1	39	39	0	0	28	33	1	1	22	32	192	182
Meta	6	10	38	46	0	0	105	106	3	1	42	56	330	342
Nariño	3	6	36	45	0	0	26	29	1	1	44	63	586	671
Norte de Santander	12	3	76	83	0	0	117	151	2	3	86	92	527	546
Putumayo	1	1	16	9	0	0	16	8	1	0	9	12	195	215
Quindío	2	2	15	21	0	0	35	45	0	1	42	32	337	271
Risaralda	5	1	27	26	0	0	99	104	4	1	69	64	518	532
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	3	1	28	26
Santa Marta D.T.	2	0	20	36	0	0	40	65	1	0	33	25	97	81
Santander	11	5	65	80	0	0	178	197	4	3	97	102	891	966
Sucre	3	2	34	40	0	0	16	16	0	0	35	43	272	244
Tolima	6	7	22	37	0	0	90	91	3	2	56	63	412	422
Valle del Cauca	4	8	46	83	0	0	121	177	2	7	88	122	972	987
Vaupés	1	1	1	3	0	0	4	3	0	0	0	0	34	51
Vichada	1	0	7	3	0	0	5	2	0	0	1	4	34	30
Total nacional	224	161	1.607	1.890	0	3	2.865	3.450	75	90	2.530	2.568	20.665	19.353



Semana epidemiológica **08**
22 al 28 de febrero del 2026

TEMA CENTRAL

Defectos congénitos en menores de un año

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Lina Yessenia Lozano Lesmes

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

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Boletín epidemiológico semanal

Autores: Tema central: Karen Eliana Vargas Ramírez. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Mendez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sanchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz, Natalí Paola Cortés. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Lyda María Montaña Durán, Yariela Jenessa Acevedo, Juan Carlos Castellanos, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Nieves Johana Agudelo Chivata, Mónica Carolina Cerreño Niño, Angélica Rico, 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.

52# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.08>