

Encefalitis equinas

Durante 2025, la oportunidad de intervención de los focos de encefalitis equinas confirmados por el Instituto Colombiano Agropecuario permitió superar el histórico de notificación del evento, y el trabajo interinstitucional articulado logró el cierre de los focos sin confirmación de casos en humanos.



Semana
epidemiológica

15 al 21 de febrero del 2026

07

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

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

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

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

	Situación nacional	7
	Mortalidad	9
	Eventos trazadores	16
	Brotes y alertas	35
	Tablas de mando por departamento	39



TEMA CENTRAL

Encefalitis equinas

Andrés Felipe Martínez Vega, amartinezv@ins.gov.co

Las encefalitis equinas son enfermedades virales transmitidas por artrópodos (arbovirosis), de importancia en salud pública por su alto riesgo zoonótico y potencial para traspasar fronteras. En la mayoría de los casos la enfermedad es asintomática o puede cursar con un cuadro febril similar a una gripe común, el cual se resuelve a los pocos días. Sin embargo, en casos complicados puede causar signos neurológicos (1,2). Los síntomas más comunes son fiebre acompañada de dolor de cabeza intenso, malestar general, y en casos más avanzados se puede presentar confusión y convulsiones (2).

En el continente americano, las encefalitis arbovirales que afectan a equinos se clasifican en dos familias: la *Togaviridae*, género *Alphavirus*, de la cual hacen parte los virus de la Encefalitis Equina Venezolana (EEV), la Encefalitis Equina del Este (EEE) y la Encefalitis Equina del Oeste (EEO); y la familia *Flaviviridae*, género *Flavivirus*, a la cual pertenece la Encefalitis del Nilo Occidental (ENO). Los virus de la EEV y EEE tienen amplia circulación en Centroamérica y Sudamérica, mientras que el virus de EEO circula por Norte América y la parte sur de Sudamérica. Por otro lado, la ENO se distribuye principalmente en Europa, África, Medio Oriente, Asia y Norte América (2,3).

Los virus de las encefalitis se mantienen en la naturaleza en ciclos enzoóticos de transmisión entre mosquitos y roedores o aves silvestres, quienes son sus huéspedes naturales. El ciclo epizootico ocurre cuando los artrópodos transmiten el virus de un équido virémico a otro susceptible o a humanos. Aquí los équidos juegan un papel importante en la propagación de la enfermedad ya que son amplificadores del virus y pueden llegar a infectar gran cantidad de mosquitos durante el estado virémico, el cual puede durar entre 4 a 5 días, de aquí el nombre de encefalitis equinas (3).

En Colombia los virus con circulación activa y afectación de équidos son los de la EEV y EEE. Estos dos agentes son conocidos por la rápida propagación entre las poblaciones de caballos, burros y mulares, produciendo casos año tras año en la población animal de varios departamentos del país (1,4).

Entre 2001 a 2012 se identificaron 13 casos de EEV en humanos en Santander, Antioquia y Bolívar. Posteriormente, en el año 2015, cuando se inició la vigilancia de las encefalitis equinas en humanos, el Instituto Nacional de Salud (INS) hizo la confirmación por laboratorio de cuatro (4) casos nuevos de EEV procedentes de Santander. Finalmente, en 2024 se confirmó un último caso de EEV en Amazonas, el cual se clasificó importado desde Brasil (4) (tabla 1).

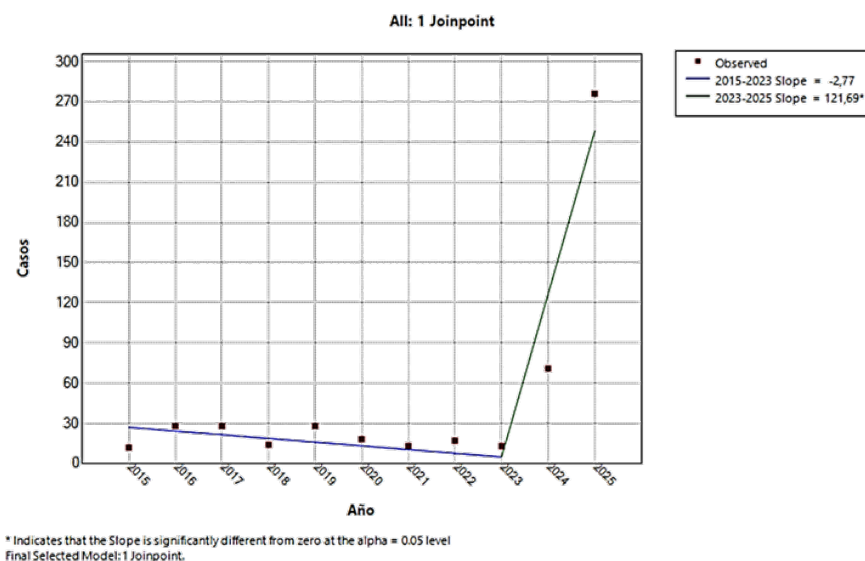
Tabla 1. Casos confirmados de encefalitis equinas en humanos, Colombia 2001-2024

Departamento	Municipio	Año									Total
		2001	2002	2003	2005	2006	2011	2012	2015	2024	
Santander	Barrancabermeja	3	2	1	1	1	1	1	-	-	10
	Puerto Wilches	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
	Coromoro	-	-	-	-	-	-	-	4	-	4
Antioquia	Puerto Berrio	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
	Turbo	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Bolívar	Cantagallo	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Amazonas	Leticia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
TOTAL		3	2	1	4	2	1	1	4	1	2

Fuente: Red Nacional de Laboratorios, Laboratorio de Virología, Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

De 2015 a 2025 se notificaron al Sivigila 510 casos probables de encefalitis equinas, de los cuales, como se indicó anteriormente, cinco (5) fueron confirmados por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del INS. El comportamiento en la notificación de los casos hasta el año 2023 estaba en un promedio anual de 19 casos, a partir de 2024 se empezó a presentar un incremento que en el año 2025 superó el histórico de la notificación para el evento con 276 casos notificados. Esto a raíz de las investigaciones de campo en los focos confirmados por el Instituto Colombiano Agropecuario, en donde se empezaron a tomar como casos probables a las personas identificadas durante las búsquedas activas comunitarias en las zonas focales de intervención (figura 1).

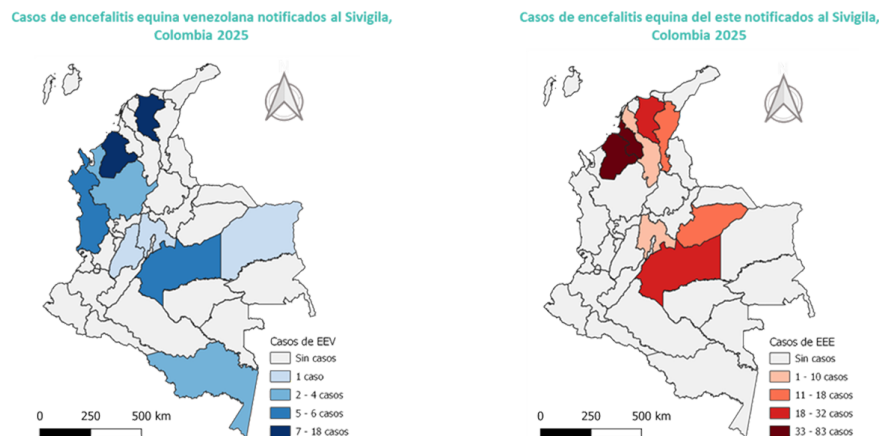
Figura 1. Tendencia de los casos de encefalitis equinas notificados al Sivigila, Colombia 2015 - 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015-2025

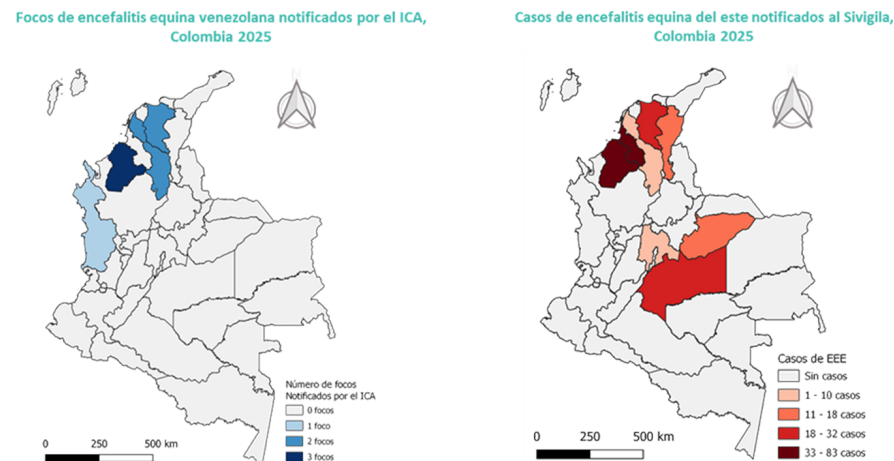
De los 276 casos notificados durante 2025, 216 casos correspondieron a EEE, 53 casos correspondieron a EEV, 5 casos correspondieron a ENO y 2 casos correspondieron a EEO. Todos estos casos fueron descartados por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR). Según el departamento de procedencia, la mayor carga de casos corresponde a Sucre con el 30,4 % (84), seguido de Córdoba con el 23,2 % (64), Magdalena con el 14,5 % (40) y Meta con el 11,2 % (31) (mapa 1).

Mapa 1. Distribución geográfica de los casos de encefalitis equinas notificadas a Sivigila, Colombia, 2025



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

Mapa 2. Distribución geográfica de los focos de encefalitis equinas confirmados por el Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, 2025



Fuente: Sineco, Instituto Colombiano Agropecuario, 2025

La mayor proporción de casos se presentó en el sexo masculino con el 66,3 % (183 casos) con una mediana de edad de 39 años.

En cuanto al lugar de procedencia de los casos, en centros poblados se presentó un aumento estadísticamente significativo comparado con el año 2024 pasando de 9,8 % a 19,9 %. Así mismo ocurrió con el porcentaje de casos afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en donde se pasó del 8,5 % al 20,3 %. Por otro lado, en cuanto a los casos que requirieron hospitalización, se presentó un descenso estadísticamente significativo comparado con 2024, pasando del 15,5 % al 6,16 %. Este descenso se debió a que gran proporción de los casos notificados correspondieron a casos captados durante investigación de focos y muchos de ellos eran asintomáticos.

Respecto a la vigilancia de las encefalitis equinas en animales, durante el año 2025 se confirmaron por parte del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) 74 focos en equinos, de los cuales 66 correspondieron a EEE y 8 a EEV. La mayor concentración de focos se presentó en los departamentos de Casanare (17 focos), Bolívar (15 focos), Córdoba y Sucre (14 casos), y Magdalena (6 focos) (mapa 2).

Aunque todos los focos confirmados por el ICA fueron intervenidos por las entidades territoriales municipales y departamentales, solo en dos focos no se realizó la intervención dentro de los tiempos establecidos, teniendo una oportunidad en la investigación de focos del 97,3 %.

Respecto a los indicadores de cumplimiento de unidades de análisis (UA), el 100 % de las UA cumplieron con el cargue en el aplicativo de unidades de análisis de casos especiales (UACE); el 66,7 % de estas UA se realizaron con oportunidad dentro de las 5 semanas epidemiológicas establecidas para el evento; y el 100 % de las UA fueron cerradas con la clasificación final del caso.

Conclusiones

- Durante 2025 se superó el histórico de casos notificados para las encefalitis equinas debido a las acciones de BAC en las investigaciones de campo de focos, en donde en áreas focales se incluyen como casos probables a las personas asintomáticas.
- La mayor proporción de casos notificados para el evento correspondió a hombres (66,3%) con una mediana de edad de 39 años. Comportamiento similar a lo presentado en 2024.
- En el año 2025 se presentó un incremento estadísticamente significativo en la proporción de casos notificados provenientes de centros poblados, así como afiliados al régimen contributivo del SGSSS.
- La proporción de casos que requirieron hospitalización presentaron una disminución estadísticamente significativa comparados con lo presentado en 2024.
- Los focos de EEE notificados por el ICA representaron el 89,2 % del total confirmado para 2025, concentrándose en Casanare, Bolívar, Córdoba y Sucre.
- El 97,3 % de los focos notificados por el ICA para encefalitis equinas tanto EEE como EEV fueron intervenidos con oportunidad por parte de las entidades territoriales municipales y departamentales, llevando al cierre de los focos sin presentación de casos en humanos.
- En los últimos 25 años se han confirmado 19 casos de EEV en humanos, sin confirmación de otras EE en el territorio colombiano. El caso más reciente en Colombia fue identificado en 2024 y, según la información sobre su procedencia corresponde a un caso importado.

Recomendaciones para las entidades territoriales de salud

- Continuar con la articulación interinstitucional para la oportuna intervención de los focos en animales y poder detectar casos probables en humanos.
- Realizar búsqueda activa institucional (BAI) frecuente para identificar casos febriles con signos neurológicos que configuren como caso probable de

alguna de las encefalitis equinas.

- Realizar el ajuste de los casos notificados oportunamente y teniendo en cuenta los resultados de laboratorio, recordando que a los casos con resultados de laboratorio negativos se les debe realizar Ajuste 6. El Ajuste D solo aplica a los casos ingresados por error de digitación.
- Fortalecer las redes de vigilancia epidemiológica basada en comunidad en zonas con circulación histórica y activa de los virus de EEV y EEE, para detección y reporte oportuno de señales en donde se involucren personas o animales enfermos.
- Tener en cuenta que la presencia de aves silvestres muertas o enfermas es un sensor para sospechar sobre la circulación de alguno de los virus de las EE.
- Es importante recordar que, en la investigación de campo de los focos en animales, a las personas captadas mediante búsqueda activa comunitaria (BAC) en las zonas focales se consideran casos probables y se les debe tomar muestra para confirmación de la enfermedad así sean asintomáticos.

Referencias

1. Velásquez Prieto SM, Almansa Carrillo YM, Hernández Martínez MC. Estudio epidemiológico retrospectivo de las encefalitis equinas en tres departamentos de los llanos orientales. Revista Sistemas de Producción Agroecológicos. el 30 de junio de 2021;12(1):2-37. doi:10.22579/22484817.792
2. Organización Panamericana de la Salud. Encefalitis Arbovirales [Internet]. 2026 [citado el 22 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/encefalitis-arbovirales#:~:text=Es%20una%20enfermedad%20causada%20por,se%20encontraron%20por%20primera%20vez.>
3. Mesa F, Cárdenas J, Villamil L. Las Encefalitis Equinas en la Salud Pública. 1a ed. 2005. Disponible en: https://www.ica.gov.co/getdoc/14dd0e75-77d2-4edc-9379-cd5b3427c39c/libro_encefalitis1.aspx
4. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento 2024, Encefalitis Equinas. 2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ENCEFALITIS%20EQUINAS%20PE%20XII%202024.pdf>



SITUACIÓN NACIONAL

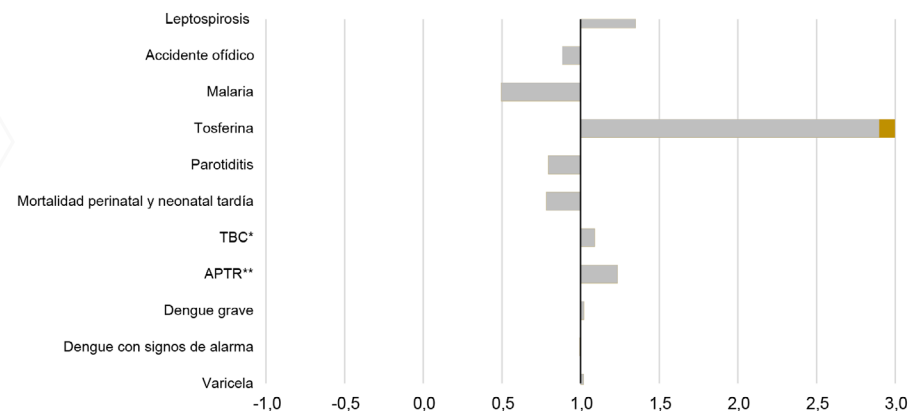
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 07 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).

Figura 2. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 07 del 2026



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

*TBC: tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

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

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 07 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	22 942	23 508	-1,71	0,09

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 07 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 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 07 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	10	1	0,00
Mortalidad por dengue	7	2	0,02
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,00
Leishmaniasis cutánea	3	138	0,00
Lepra	4	7	0,10
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0,37
Chikunguña	0	1	1,00

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

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

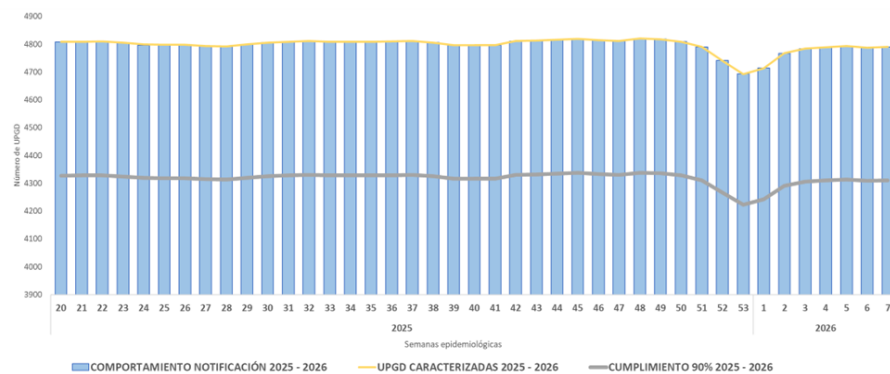
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 07 del año 2025. Para esta semana el país cumplió 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 07 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 100 % (4 790 / 4 790); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y presentando un aumento del 0,3 % respecto a la semana 07 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 07 del 2026



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



MORTALIDAD

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>

A semana epidemiológica 07 del 2026, se han notificado 64 muertes probables en menores de cinco años: 40 por infección respiratoria aguda (IRA), 10 por desnutrición (DNT) aguda y 14 por enfermedad diarreica aguda (EDA). Todos los casos son población residente en Colombia. De estos casos se tienen: seis (6) confirmados, cuatro (4) descartados y 54 se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 07, 2025-2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 07 2025			Casos en estudio a SE 07 2026			Tasa a SE 07 2025			Tasa a SE 07 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	1	4	1	8	34	12	0,68	0,98	0,52	0,03	0,11	0,03
Antioquia	0	0	0	1	3	0	0,00	1,68	0,84	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	0	0	0	0	0	0,00	1,20	0,00	0,00	0,00	0,00
Atlántico	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Barranquilla	0	0	0	0	0	0	0,00	0,90	0,90	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	2,96	0,00	0,00	0,00	0,00
Boyacá	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	1,75	0,00	0,00	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	2,51	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	0	0	0	2	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	0,00	0,00	0,00	0,00	1,34	0,00
Cauca	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,44	0,00	0,00	0,00
Cesar	0	1	0	1	3	0	4,61	0,00	1,54	0,00	0,75	0,00
Chocó	1	1	0	1	2	1	4,68	7,49	3,75	1,55	1,55	0,00
Córdoba	0	0	0	1	0	0	2,67	0,89	0,00	0,00	0,00	0,00
Cundinamarca	0	0	0	1	1	0	0,00	2,20	0,00	0,00	0,00	0,00
Guainía	0	0	0	0	0	0	0,00	1,16	0,00	0,00	0,00	0,00
Huila	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
La Guajira	0	1	0	2	1	4	19,65	9,82	16,37	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	2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Nariño	0	0	0	0	1	1	0,00	1,95	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	0	0	0	2	0	0,00	1,08	0,00	0,00	0,00	0,00
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	0	0	0	3	1	0,00	4,23	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	0	0	11,91	11,91	0,00	0,00	0,00	0,00
Vaupés	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,23
Vichada	0	0	0	0	0	0	18,07	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 07 para los años 2025 y 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 07 del 2026 se han notificado 40 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, cuatro (4) confirmadas por laboratorio, dos (2) descartadas, y 34 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 07 fueron 36, para una tasa de mortalidad de 1,0 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 07 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 07 de 2026 son *Bordetella pertussis*, Adenovirus, Enterovirus, entre otros (tabla 5).

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a a semana epidemiológica 07, 2025-2026

Agente etiológico	2025						2025					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<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>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Virus Sincitial Respiratorio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Rhinovirus	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Total	2	2	1	0	0	5	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 07 de 2026 se ha notificado 10 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, una (1) confirmada, una (1) descartada 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 07 fue de 25, 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 07 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, La Guajira y Magdalena, no hubo diferencias a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 07 de 2026 se han notificado 14 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, una (1) confirmada, una (1) descartada y 12 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,03 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 07 fue de 25 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 07 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales ni a nivel municipal. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

11

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

¹. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

². Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33610/UFOZ8779>

Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 07, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	31	25	6	62
2024	32	24	10	66
2025p	23	12	7	42
2026p	17	12	8	37

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

Se reportaron casos de muertes maternas tempranas en 15 entidades territoriales, con mayor número de casos notificados en Antioquia 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 7).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Casanare (Yopal), Padilla (Cauca) y Dibulla (La Guajira); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 07 de 2026, el 52,9 % corresponde a causas directas y el 41,2 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 29,4 % (tabla 9).

En la semana epidemiológica 07 de 2026 se notificaron al Sivigila cuatro (4) casos: tres (3) muertes maternas tempranas y una (1) muerte materna tardía. El país acumula 18 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 17 residen en territorio colombiano y una reside en el exterior, por lo que no se incluye en el análisis (tabla 6).

Tabla 7. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 07 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 07	Acumulado de casos a SE 07	
		2025	2026
Colombia	32	23	17
Antioquia	3	2	2
La Guajira	4	1	2
Bogotá, D.C.	4	2	1
Caquetá	1	0	1
Cartagena de Indias	0	0	1
Casanare	0	0	1
Cauca	1	0	1
Cesar	2	2	1
Chocó	1	1	1
Cundinamarca	1	2	1
Huila	1	0	1
Quindío	1	0	1
Santa Marta	1	0	1
Sucre	0	0	1
Valle del Cauca	0	0	1
Atlántico	1	0	0
Barranquilla	1	1	0
Bolívar	1	1	0
Santiago de Cali	1	1	0
Córdoba	2	2	0
Meta	1	0	0
Nariño	2	1	0
Norte de Santander	2	1	0
Risaralda	1	2	0
Santander	1	2	0
Tolima	1	1	0
Vichada	1	1	0

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

Tabla 8. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 07 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 07	Valor observado SE 07
Colombia	32	17
Casanare (Yopal)	0	1*
Padilla (Cauca)	0	1*
Dibulla (La Guajira)	0	1*

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

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

Tabla 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 07 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 07	Número de casos y proporción a SE 07 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	28	32	100	23	100	17	100
DIRECTA	18	20	62,5	16	69,6	9	52,9
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	8	10	31,3	6	26,1	5	29,4
Hemorragia obstétrica	5	7	21,9	3	13,0	2	11,8
Sepsis obstétrica	2	1	3,1	2	8,7	1	5,9
Evento tromboembólico como causa básica	2	1	3,1	3	13,0	1	5,9
Embarazo ectópico	1	1	3,1	1	4,3	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	0	0,0	1	4,3	0	0,0
INDIRECTA	10	12	37,5	7	30,4	7	41,2
Otras causas indirectas	3	4	12,5	2	8,7	3	17,6
Otras causas indirectas: cáncer	2	2	6,3	1	4,3	2	11,8
Otras causas indirectas: neumonía	2	1	3,1	3	13,0	1	5,9
Sepsis no obstétrica	2	3	9,4	0	0,0	1	5,9
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	1	4,3	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	1	1	3,1	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	3,1	0	0,0	0	0,0
En estudio	0	0	0,0	0	0,0	1	5,9

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 07 del 2026 se han notificado 827 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 823 corresponden a residentes en Colombia y cuatro (4) a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D. C., Antioquia, Cundinamarca, Santiago de Cali y Barranquilla. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 07 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Córdoba, La Guajira, Santander, Cauca, Bolívar, Nariño, Sucre, Atlántico, Cartagena, Magdalena, Risaralda, Arauca y Casanare (tabla 10).

En el análisis desagregado por municipios se evidenciaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes: Manaure (La Guajira), Tunja (Boyacá), María La Baja (Bolívar), Granada (Meta), Guarne (Antioquia), La Jagua de Ibirico (Cesar), Isnos (Huila), Montenegro (Quindío), Santiago de Tolú (Sucre), El Cerrito (Valle del Cauca), Restrepo (Valle del Cauca), Belmira (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Jambaló (Cauca), Bahía Solano (Chocó), Pueblo Viejo (Magdalena) y Policarpa (Nariño) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 41,7 %, seguido de neonatales tempranas con 27,8 %, neonatales tardías con 18,1 %, y las fetales intraparto con 12,4 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 21,4 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,3 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,6 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 07 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 10. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 07 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 07	Acumulado de casos a SE 07	
		2025	2026
Colombia	1022	741	823
Bogotá, D.C.	105	95	122
Antioquia	110	93	90
Cundinamarca	54	44	50
Santiago de Cali	42	32	36
Barranquilla	32	18	35
Córdoba	49	30	29
La Guajira	54	33	29
Cesar	33	31	28
Huila	26	14	27
Valle del Cauca	30	20	25
Norte de Santander	29	16	24
Santander	30	23	24
Cauca	33	21	23
Chocó	27	15	23
Bolívar	31	25	22
Nariño	30	26	22
Meta	23	24	20
Sucre	26	15	20
Boyacá	19	13	19
Atlántico	34	22	18
Tolima	21	12	17
Cartagena de Indias	34	22	15
Magdalena	20	19	14
Caldas	16	12	12
Risaralda	16	7	11
Buenaventura	12	12	10
Quindío	9	5	10
Santa Marta	12	5	10
Caquetá	11	7	8
Arauca	12	4	7
Casanare	13	6	7
Putumayo	9	5	6
Vichada	5	6	4
Guainía	3	0	2
Vaupés	2	1	2
Amazonas	3	3	1
San Andrés y Providencia	1	3	1
Guaviare	2	2	0

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

Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 07 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 07 2021 - 2025	Valor observado a SE 07 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	1 022	823	-
Manaure (La Guajira)	4	8	1
Tunja (Boyacá)	1	7	4
María La Baja (Bolívar)	1	5	2
Granada (Meta)	1	5	2
Guarne (Antioquia)	0	4	3
La Jaga de Ibirico (Cesar)	1	3	3
Isnos (Huila)	1	3	3
Montenegro (Quindío)	1	3	1
Santiago de Tolú (Sucre)	1	3	2
El Cerrito (Valle del Cauca)	1	3	2
Restrepo (Valle del Cauca)	1	3	1
Belmira (Antioquia)	0	2	1
Buriticá (Antioquia)	0	2	1
Jambaló (Cauca)	0	2	3
Bahía Solano (Chocó)	0	2	1
Puebloviejo (Magdalena)	0	2	4
Policarpa (Nariño)	0	2	2

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 07, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 07, 2024 -2026					
	2024 a SE 07	(%)	2025 a SE 07	(%)	2026 a SE 07	(%)
Colombia	841	100,0	741	100,0	823	100,0
Asfixia y causas relacionadas	223	26,5	213	28,7	176	21,4
Prematuridad-inmadurez	126	15,0	126	17,0	142	17,3
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	127	15,1	105	14,2	104	12,6
Sin información	0	0,0	25	3,4	85	10,3
Malformación congénita	72	8,6	60	8,1	76	9,2
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	117	13,9	62	8,4	71	8,6
Infecciones	70	8,3	62	8,4	59	7,2
Causas no específicas	24	2,9	20	2,7	44	5,3
Otras causas de muerte	50	5,9	45	6,1	41	5,0
Trastornos cardiovasculares	24	2,9	15	2,0	19	2,3
Lesión de causa externa	5	0,6	5	0,7	4	0,5
Convulsiones y trastornos neurológicos	3	0,4	3	0,4	2	0,2

Fuente: Vigila, 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 07 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%202024.pdf

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una variación porcentual positiva en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa, urgencias y una variación porcentual negativa en hospitalizaciones en sala general y en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior; la cual no es estadísticamente significativa (30%, -30% respectivamente) (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 53 de 2025 y 01 a 07 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 53 2025 a 03 de 2026	SE 04 a 07 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	455 733	476 166	● 4,48%	
Hospitalización en sala general	23 245	21 297	● -8,38%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 748	2 685	● -2,29%	

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 07 del 2026 se notificaron 134 247 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en Chocó, La Guajira, Magdalena, Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Caquetá, Guainía, Huila, San Andrés y Vichada. Las 27 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 07 del 2026) en 16 municipios (tabla 14).

17

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica 04 a 07 del 2026

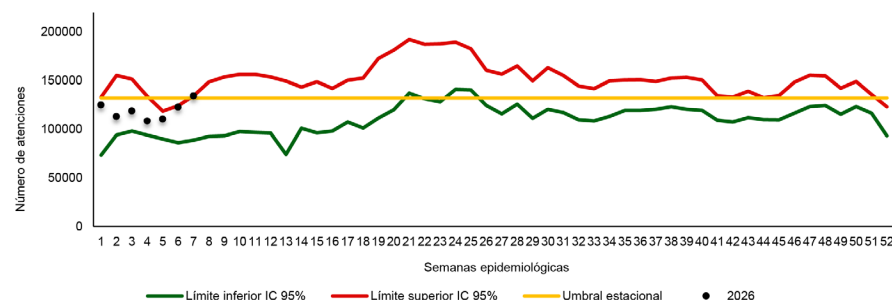
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	11 212	11 785	5 526	6 987
Antioquia	Bello	8 501	11 710	5 181	6 940
Atlántico	Soledad	10 169	10 118	5 673	5 668
Cundinamarca	Soacha	7 064	8 007	4 253	4 787
La Guajira	Maicao	7 437	7 528	3 135	4 549
La Guajira	Uribia	5 884	6 349	2 586	4 109
Antioquia	Rionegro	4 723	6 205	2 202	3 396
Cundinamarca	Chia	6 519	6 003	3 405	3 340
Santander	Barrancabermeja	3 936	4 859	1 231	3 301
Antioquia	Envigado	3 219	5 585	1 862	3 276
Risaralda	Dosquebradas	4 219	3 881	1 588	2 146
Santander	Floridablanca	3 152	3 401	1 421	1 939
Antioquia	Apartadó	1 829	2 939	1 152	1 857
Valle del Cauca	Palmira	4 259	3 327	1 817	1 737
Cundinamarca	Zipaquirá	2 420	2 579	1 347	1 527
Magdalena	Ciénaga	3 060	2 638	1 355	1 432
Valle del Cauca	Cartago	2 534	2 392	1 140	1 364
Bolivar	Magangué	1 861	2 575	1 096	1 325
Antioquia	Turbo	1 689	2 072	894	1 198
Boyacá	Sogamoso	1 942	2 177	1 081	1 190
Boyacá	Duitama	2 582	2 241	1 743	1 177
Cundinamarca	Girardot	2 260	2 122	1 337	1 174
Cordoba	Lorica	1 890	1 878	879	1 127
Cordoba	Cerete	2 230	2 374	729	1 122
Norte de Santander	Ocaña	2 083	2 001	970	1 100
Cesar	Aguachica	1 248	1 558	925	975
Cundinamarca	Funza	1 979	1 476	728	972
Valle del Cauca	Tuluá	2 318	1 462	877	856
Valle del Cauca	Yumbo	2 132	1 651	872	828
Cundinamarca	Madrid	1 514	1 386	993	827
Cundinamarca	Facatativá	2 111	1 456	1 555	822
Santander	Piedecuesta	1 013	1 151	383	676
Cordoba	Sahagún	3 187	1 223	1 906	645
Casanare	Yopal	1 287	1 175	820	638
Atlántico	Malambo	603	999	415	612
Valle del Cauca	Buenaventura	857	1 057	644	609
Norte de Santander	Villa Del Rosario	1 006	962	640	595
Santander	Giron	780	877	331	594
Cauca	Santander De Quilichao	1 397	1 046	841	585
Huila	Pitalito	1 289	1 007	859	570
Cundinamarca	Mosquera	529	713	386	406
Cauca	Guapi	646	589	168	296
Nariño	La Florida	121	134	32	66

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 07 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 28,2 % (126 713) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 20,4 % (89 136). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 9,1 % y los menores de un año con el 7,5 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, durante últimas cuatro semanas epidemiológicas se ha observado una tendencia al aumento, ubicándose en semana epidemiológica 07 sobre el límite superior epidemiológica (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 07 de 2026



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

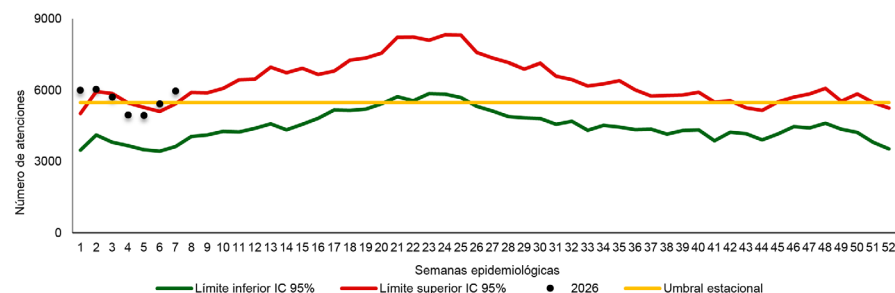
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 07 del 2026 se notificaron 5 973 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali, Cesar, Chocó, Guainía, Huila y La Guajira e incremento en Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Cordoba, Guaviare, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (01 a 07 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 881) representaron el 35,0 %, seguido de los menores de un año con el 10,8 % (2 467). 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 23,8 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 18,8 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, se observó que durante las semanas epidemiológicas 03 a 05 de 2026 las hospitalizaciones mostraron una tendencia descendente, manteniéndose por debajo del umbral estacional. No obstante, en la semana epidemiológica 06 y 07 se registra un nuevo incremento que supera el límite superior (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 07 de 2026

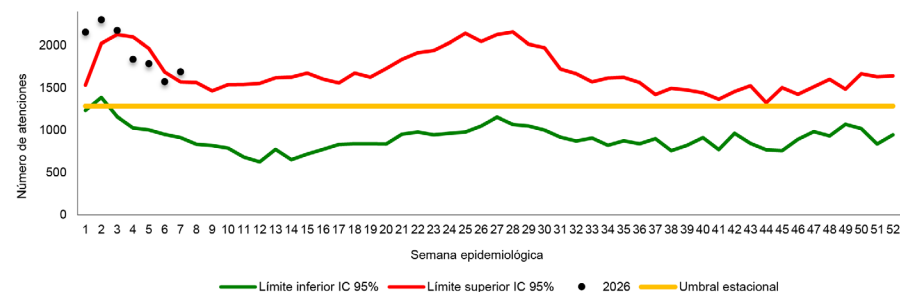


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2017 a 2025

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

En la semana epidemiológica 07 del 2026, se notificaron 1 544 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 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 07 de 2026



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

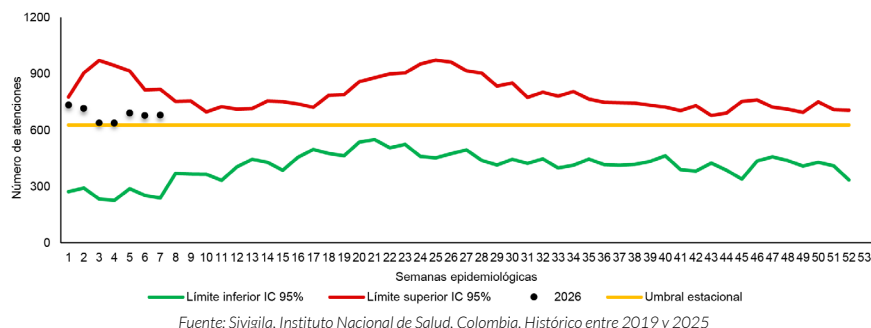
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 07 del 2026 se notificaron 679 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, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Nariño y Santa Marta. En las demás entidades territorios no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (04 a 07 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representan el 40,1 % (1 023), seguido de los menores de un año con el 19,3 % (517) de las hospitalizaciones en este servicio. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de un año con el 17,5 % seguido de los menores de dos a cuatro años con el 15,8 %.

En el canal endémico de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 07 de 2026 se ha ubicado por encima del umbral estacional (figura 7).

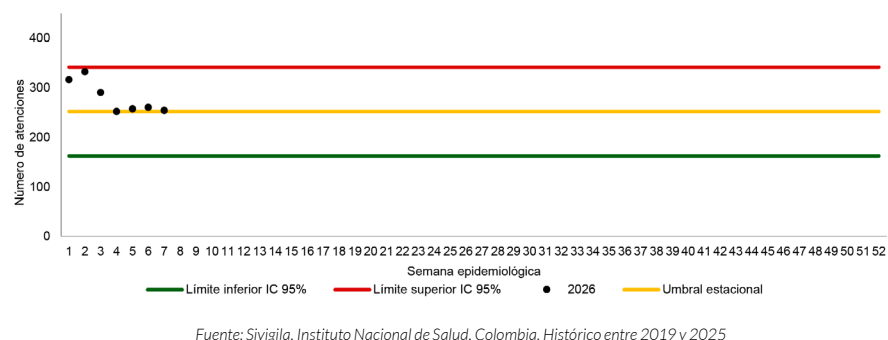
Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 07 de 2026



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

En la semana epidemiológica 07 del 2026, se notificaron 254 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 07 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 07 de 2026



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, el servicio de consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM para semana 07 de 2026 se encontraron dentro de los límites esperado, sin embargo las hospitalizaciones en sala general se ubicaron por encima del límite superior.

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

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

- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento).
- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias realizando un monitoreo continuo con el fin de identificación de comportamientos inusuales y creación de acciones de mitigación.

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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

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

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 07, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un decremento general de la positividad y aumento para rinovirus, enterovirus y adenovirus. Al decremento Influenza A con predominio del subtipo (H1N1) y parainfluenza, los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 15). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 53 de 2025 a 07 de 2026

Agente viral identificado	SE 53 DE 2025 a SE 03 de 2026			SE 04 a 07 del 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	63,2	66,4	60,7	55,1	59,7	41,7	
Rinovirus	12,2	13,1	7,0	20,2	19,6	20,0	
Virus sincitial respiratorio	16,9	27,7	5,6	19,7	31,2	-	
Enterovirus	3,1	2,8	4,2	6,9	4,3	10,0	
Adenovirus	3,9	4,7	1,4	7,7	8,7	5,0	
Influenza B	0,5	0,5	-	0,9	-	-	
Influenza A	21,6	14,1	33,8	15,9	10,1	30,0	
Parainfluenza	11,4	13,6	8,5	6,9	9,4	5,0	
Metapneumovirus	4,2	5,2	2,8	7,3	724,0	20,0	
A(H1N1)pdm09	14,8	9,4	23,9	3,9	2,2	5,0	
SARS-CoV2	2,3	2,3	2,8	1,7	2,2	-	
A(H3N2)	7,3	4,2	7,0	5,2	1,4	-	
Coronavirus	1,8	2,3	2,8	3,9	3,6	5,0	

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

Referencias

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

COVID-19

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 07 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

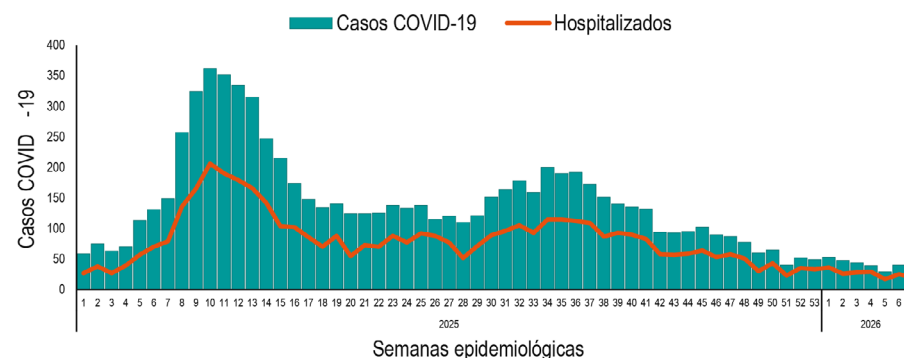
Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

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 ($p > 0,05$)).

- 22 En lo corrido de 2026, semanas epidemiológicas (SE) 01 a 07, con corte al 21 de febrero (SE 07) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 277 casos de COVID-19, todos procedentes de Colombia. En las últimas cuatro semanas (SE 04 a 07 de 2026), se observó una disminución del 32,0 %, con 132 casos registrados en comparación con el periodo anterior (SE 53 de 2025 y 01 a 03 de 2026), en el cual se reportaron 194 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 23,1 % pasando de 130 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 100 casos en el periodo analizado (figura 9).

Figura 9. Comportamiento temporal de los casos de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01-53 de 2025 y 01-07 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, SE 01-53 de 2025 y 01-07 de 2026

En el periodo epidemiológico actual (SE 04 a 07 de 2026), se registró una incidencia de 0,2 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 22 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 59 municipios.

En comparación con el periodo anterior (SE 53 de 2025 y 01 a 03 de 2026), se observa un aumento en la notificación de casos de COVID-19 a nivel departamental en Antioquia y a nivel municipal en Itagüí, Marinilla, Segovia y Yolombó, en Antioquia.

Entre el periodo anterior (SE 53 de 2025 y 01 a 03 de 2026) y el actual (SE 04 a 07 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 90 a 99 años (-100,0 %), seguido del grupo de 40 a 49 años (-75,0 %), y 60 a 69 años (-70,83 %). En contraste, se registró un aumento en el grupo de 2 a 4 años (122,2 %), 30 a 39 años (71,43 %), 5 a 9 años (50,0 %) y 10 a 19 años (20,0 %) (tabla 16).

Tabla 16. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (53 de 2025 a 07 de 2026)

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 53 del 2025 y SE 01 a 03 del 2026	SE 04-07 2026		
Menor de un año	55	33	-40,00	
1 año	13	6	-53,85	
2 a 4 años	9	20	122,22	
5 a 9 años	6	9	50,00	
10 a 19 años	10	12	20,00	
20 a 29 años	12	6	-50,00	
30 a 39 años	7	12	71,43	
40 a 49 años	16	4	-75,00	
50 a 59 años	14	9	-35,71	
60 a 69 años	24	7	-70,83	
70 a 79 años	15	11	-26,67	
80 a 89 años	9	3	-66,67	
90 a 99 años	4	0	-100,00	
Mayor a 100 años	0	0	0,00	
Total	194	132	-31,96	

Fuente: Sivigila, SE 53 de 2025 a 07 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 07 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 07 del 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 52-53 de 2025 y SE 02 2026)	Observado (SE 03-06 2026)
Meta	1 488	30,2	1,3	635	930
Cesar	1 479	56,4	0,4	757	852
Cartagena de Indias	1 402	20,9	0,6	972	816
Norte de Santander	1 290	35,7	1,3	578	868
Santander	1 110	34,1	0,5	549	672
Barranquilla	838	41,2	0,8	562	429
Santa Marta	817	40,0	0,2	545	444
La Guajira	805	58,1	2,0	426	465
Tolima	792	32,4	2,0	382	470
Bolívar	782	36,7	1,8	406	471
Magdalena	717	55,1	0,4	353	434
Antioquia	667	35,1	1,0	402	384
Atlántico	615	47,6	0,8	384	351
Córdoba	606	46,4	1,5	340	341
Sucre	307	51,5	0,3	174	200
Valle del Cauca	296	27,4	1,0	178	181
Cundinamarca	277	35,4	1,1	159	165
Arauca	261	39,1	0,4	103	173
Huila	250	38,0	3,6	108	130
Santiago de Cali	246	29,3	0,8	144	151
Guaviare	221	12,2	0,5	66	140
Putumayo	188	19,7	0,5	63	98
Amazonas	145	14,5	0,0	65	91
Chocó	128	25,8	0,8	78	75
Casanare	95	33,7	0,0	39	64
Nariño	81	35,8	0,0	31	50
Quindío	77	27,3	2,6	35	47
Caquetá	63	52,4	6,3	28	41
Risaralda	46	34,8	0,0	40	28
Cauca	46	34,8	2,2	18	24
Boyacá	43	48,8	0,0	25	30
Exterior	41	36,6	4,9	21	25
Vaupés	29	0,0	0,0	12	20
Vichada	19	26,3	0,0	9	11
Caldas	16	43,8	0,0	9	13
Buenaventura	16	25,0	0,0	8	9
Archipiélago de San Andrés	8	12,5	0,0	2	6
Guainía	1	0,0	0,0	2	0
Colombia	16 308	38,2	1,0	8 708	9 699

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

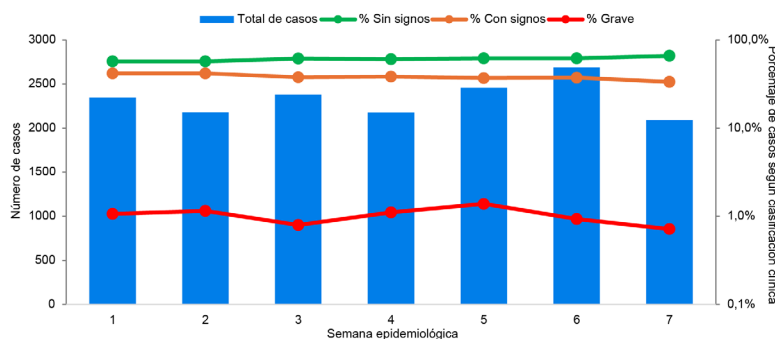
En la semana epidemiológica 07 del 2025 se notificaron 2 744 casos de dengue: 2 089 casos de esta semana y 655 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 16 308 casos, 9 916 (60,8 %) sin signos de alarma, 6 225 (38,2 %) con signos de alarma y 167 (1,0 %) de dengue grave.

El 56,6 % (9 229) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Cartagena de Indias, Norte de Santander, Santander, Barranquilla, Santa Marta y La Guajira (tabla 17).

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 03 a 06 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 52 a 53 de 2025 y 01 a 02 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Cauca, Guaviare, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Vaupés; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39,2 % 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 03 a 06 de 2026) fueron: Caquetá, Cesar, Magdalena, Sucre y La Guajira.

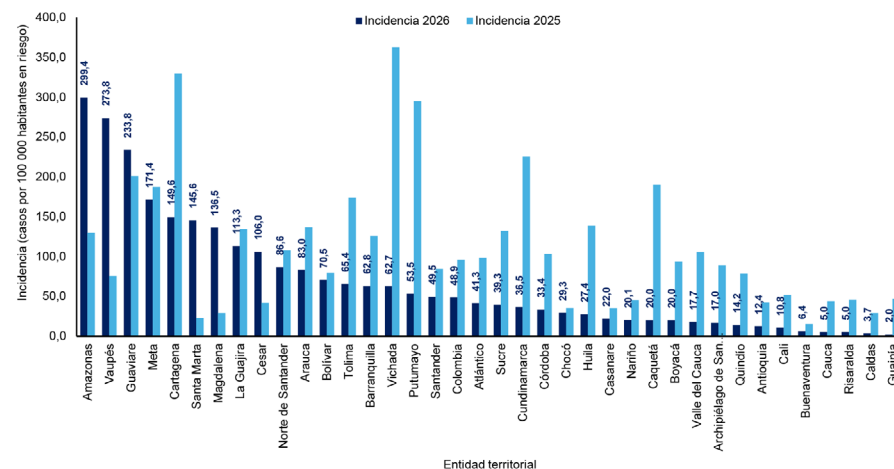
Figura 10. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 07, 2026



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

A semana epidemiológica 07 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 48,9 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 95,8 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Amazonas, Vaupés, Guaviare, Meta, Cartagena de Indias, Santa Marta y Magdalena presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 07 del 2026 registrando tasas superiores a 130 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 98,4 casos por 100 000 habitantes.

Figura 11. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 07 del 2025 y 2026



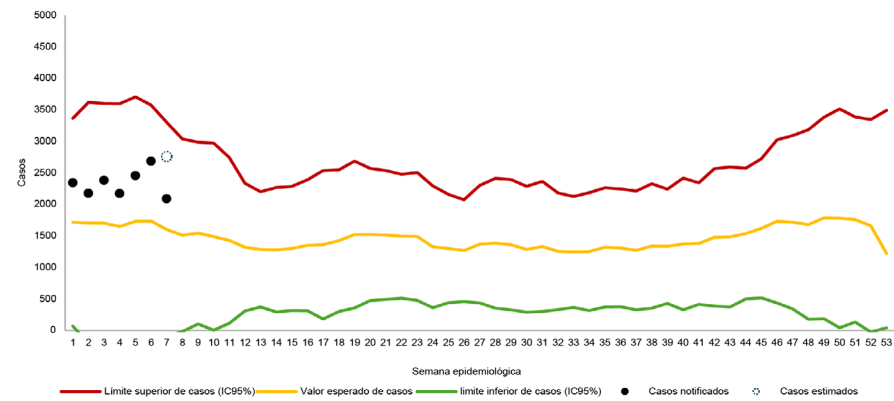
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 07 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 11,4 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 03 a 06 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 52 de 2025 a 02 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 37,8 % (14) está dentro de lo esperado, el 29,7 % (11) se encuentra en situación de alerta y el 32,4 % (12) supera el límite superior de lo esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 18).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 07 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 14,2 % (117) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 22,8 % (13/57) se encuentran por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Figura 12. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 07 del 2026.



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

Tabla 19. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 07 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Esperado (SE 53, 2025 y SE 02 2026)	Observado (SE 03-06 2026)
Atlántico	Sabanalarga	49,5	51	28	29
Bolívar	Cartagena	132,9	1 402	972	816
Cesar	Valledupar	112,3	620	304	354
Córdoba	Cereté	36,4	40	24	22
La Guajira	Riohacha	152,8	320	185	166
	Maicao	85,4	164	85	96
Santa Marta	Santa Marta	147,9	817	545	444
Magdalena	Ciénaga	113,7	145	40	98
Meta	Villavicencio	222,4	1 134	474	712
Norte de Santander	Cúcuta	90,8	693	272	462
	Ocaña	60,7	72	43	50
Santander	Barrancabermeja	87,1	187	91	109
Arauca	Arauca	39,9	40	15	26

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

A semana epidemiológica 07 del 2026, se notificaron 43 muertes probables por dengue las cuales se han confirmado dos (2) casos, se han descartado seis (6) casos y se encuentran en estudio 35 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 33 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 20).

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 07 del 2026

Situación epidemiológica a SE 07, 2026	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de febrero		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Cartagena de Indias, Bolívar, Cesar	Magdalena, La Guajira, Norte de Santander, Santa Marta D.T.	Amazonas, Guaviare, Meta, Arauca y Vichada
Alerta	Atlántico, Barranquilla, Córdoba	Antioquia, Chocó, Cundinamarca, Quindío, Nariño Tolima, Santander y Vaupés	
Dentro de lo esperado	Archipiélago de San Andrés y Providencia.	Buenaventura D. E., Caldas, Sucre, Risaralda y Valle del Cauca	Boyacá, Caquetá, Cauca, Casanare, Putumayo, Santiago de Cali D. E., Guainía y Huila.

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

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 07, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 07, 2026	Letalidad por dengue a SE 07, 2025
	Confirmados	En estudio		
Atlántico	1	0	0,16	0,14
Norte de Santander	1	2	0,08	0,06
Córdoba	0	5	0,00	0,16
La Guajira	0	4	0,00	0,00
Tolima	0	4	0,00	0,05
Santander	0	3	0,00	0,11
Caquetá	0	2	0,00	0,00
Meta	0	2	0,00	0,18
Sucre	0	2	0,00	0,10
Antioquia	0	1	0,00	0,13
Arauca	0	1	0,00	0,23
Barranquilla	0	1	0,00	0,12
Bolívar	0	1	0,00	0,11
Cesar	0	1	0,00	0,00
Huila	0	1	0,00	0,16
Magdalena	0	1	0,00	0,00
Putumayo	0	1	0,00	0,00
Quindío	0	1	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,00
Exterior	0	1	0,00	1,75
Colombia	1	34	0,01	0,10

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

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

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultarse el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace:
<http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 07 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

Estratificación de riesgo: para Colombia han sido definidos cinco estratos de riesgo, determinados según los siguientes criterios: receptividad (posibilidad del ecosistema para permitir la transmisión de la malaria, es decir que el territorio tenga una altura por debajo de 1 600 msnm y que se encuentre el vector), la intensidad de la transmisión (nivel de 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 ms. n. m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

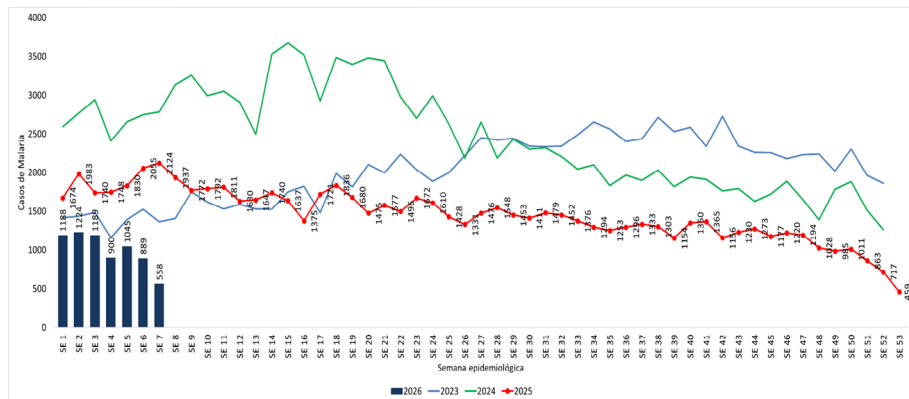
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 13. Comportamiento epidemiológico de la malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 07 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 07 de 2026 se notificaron 1 057 casos de malaria, para un acumulado de 6 993 casos, de los cuales 6 842 son de malaria no complicada y 151 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con el 79,1 % (5 530), seguido de *Plasmodium falciparum* con el 19,8 % (1 386) e infección mixta con el 1,0 % (77). 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 (22,7 %), Antioquia (16,0 %), Córdoba (11,5 %), Guainía (9,0 %), Amazonas (6,1 %), Nariño (5,9 %), Risaralda (4,4 %), Meta (4,1), Bolívar (3,1 %), Vaupés (2,9 %), Vichada (2,9 %), Guaviare (2,3 %) y Cauca (2,2 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 70,0 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 53 de 2025 y SE 01 a 07 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos 2025 SE 53 y SE 01 y 03 2026	Casos SE 04 a 07 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	565	25	273	14,90
Córdoba	Tierralta	487	42	249	4,88
Risaralda	Pueblo Rico	261	4	102	15,55
Antioquia	El Bagre	261	8	160	4,64
Meta	Puerto Gaitán	241	13	104	5,22
Chocó	Lloró	201	12	71	18,94
Chocó	Bagadó	183	1	77	15,45
Vaupés	Mitú	161	10	75	6,63
Amazonas	La Pedrera (CD)	159	13	67	37,38
Chocó	Quibdó	150	20	68	1,04
Vichada	Puerto Carreño	143	10	96	6,32
Amazonas	Tarapacá (CD)	138	9	56	31,54
Córdoba	Puerto Libertador	136	1	75	2,99
Chocó	Medio San Juan	121	26	51	10,29
Chocó	Istmina	112	19	53	3,31
Bolívar	Montecristo	111	11	54	6,04
Buenaventura	Buenaventura	109	6	49	0,34
Antioquia	Turbo	92	1	45	0,68
Norte de Santander	Tibú	90	11	46	1,45
Cauca	Guapi	89	6	38	3,01
Chocó	Carmen del Darién	87	4	47	3,93
Guaviare	San José del Guaviare	87	3	31	1,38
Antioquia	Cáceres	84	9	54	2,70
Nariño	El Charco	84	9	45	3,61
Chocó	El Cantón del San Pablo	68	1	33	9,85
Nariño	Olaya Herrera	68	3	38	2,57
Antioquia	Nechí	67	12	37	2,40
Chocó	Bajo Baudó	66	8	27	1,95
Antioquia	Mutatá	64	1	34	4,26
Chocó	Alto Baudó	64	0	33	2,05
Antioquia	Chigorodó	63	1	37	1,01
Córdoba	Montelíbano	61	5	35	0,70
Chocó	Tadó	58	10	30	2,88
Antioquia	Zaragoza	58	10	30	2,21

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 70,0% de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 53,3 % de los casos. En comparación con el período anterior (SE 53 de 2025 a 03 de 2026) se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, Pueblo Rico, Puerto Gaitán, La Pedrera (CD), Mitú, Lloró, Bagadó, Tarapacá (CD), Montecristo, Tibú y San José del Guaviare y en incremento los municipios de El Bagre, Puerto Carreño y Puerto Libertador (tabla 22). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 64,0 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Guapi, Quibdó, Buenaventura, Istmina, Inírida, Medio San Juan, Lloró, Puerto Gaitán, Bagadó, Río Quito y Magüi y en incremento los municipios de Tierralta, Timbiquí y Barranco Minas (CD) como se muestra en la tabla 23.

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 53 del 2025 y SE 01 a 07 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	279	255	-9%	9,4%
Córdoba	Tierralta	249	217	-13%	7,9%
Antioquia	El Bagre	108	145	34%	4,5%
Risaralda	Pueblo Rico	150	95	-37%	4,5%
Meta	Puerto Gaitán	115	91	-21%	3,6%
Amazonas	La Pedrera (CD)	101	67	-34%	2,9%
Vaupés	Mitú	90	75	-17%	2,9%
Chocó	Lloró	101	52	-49%	2,7%
Chocó	Bagadó	83	60	-28%	2,6%
Vichada	Puerto Carreño	54	95	76%	2,6%
Córdoba	Puerto Libertador	62	75	21%	2,5%
Amazonas	Tarapacá (CD)	77	42	-45%	2,0%
Bolívar	Montecristo	66	52	-21%	2,0%
Norte de Santander	Tibú	55	46	-16%	1,7%
Guaviare	San José del Guaviare	57	30	-47%	1,6%

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 53 del 2025 y SE 01 a 07 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
Cauca	Guapi	54	34	-37%	6,0%
Chocó	Quibdó	62	27	-56%	5,5%
Nariño	El Charco	42	42	0%	5,5%
Buenaventura	Buenaventura	40	32	-20%	5,2%
Chocó	Istmina	37	28	-24%	4,1%
Córdoba	Tierralta	27	30	11%	4,0%
Guainía	Inírida	34	18	-47%	3,8%
Chocó	Medio San Juan	43	21	-51%	3,8%
Chocó	Lloró	34	18	-47%	3,8%
Cauca	Timbiquí	16	34	113%	3,5%
Meta	Puerto Gaitán	34	12	-65%	3,2%
Chocó	Bagadó	24	17	-29%	3,0%
Chocó	Río Quito	26	12	-54%	2,8%
Nariño	Magüi	30	6	-80%	2,4%
Guainía	Barranco Minas (CD)	6	26	333%	2,0%

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 07 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran nueve departamentos en situación de incremento y siete departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 34 municipios en incremento y 68 municipios en decremento (tabla 24).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 07 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 07 2025	Acumulado 2026	SE 07 2026	Esperado	Observado
Amazonas	La Chorrera (CD)	4	0	0	12	1	1	4
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	0	0	142	10	46	58
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	78	1	0	9
Amazonas	La Pedrera (CD)	5	19	5	161	14	32	68
Antioquia	Mutató	5	142	22	67	7	30	35
Antioquia	Cáceres	4	56	9	85	3	37	54
Antioquia	Nechí	5	194	28	67	7	21	37
Antioquia	Yondó	4	21	9	19	2	2	8
Antioquia	El Bagre	5	416	79	264	48	142	162
Antioquia	Caucasía	4	55	13	42	3	10	29
Arauca	Saravena	4	124	11	25	2	1	16
Arauca	Fortul	4	4	0	9	2	0	8
Bolívar	Montecristo	5	178	30	121	15	44	60
Boyacá	Cubará	4	148	26	33	0	0	21
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	3	0	12	0	1	9
Caquetá	Solano	4	12	1	10	0	0	5
Caquetá	Florencia	4	80	19	23	3	2	16
Casanare	Maní	3	0	0	2	2	0	2
Chocó	El Carmen de Atrato	4	5	1	28	1	6	12
Chocó	Belén de Bajirá	5	32	5	53	3	13	27
Córdoba	Tuchín	4	16	0	22	4	3	12
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	4	2	13	2	2	9
Córdoba	Ciénaga de Oro	4	2	1	2	1	0	2
Guainía	Inírida	5	298	37	566	31	242	274
Guainía	San Felipe (CD)	4	3	0	7	0	1	4
Guainía	Barrancominas	4	2	0	37	19	11	33
La Guajira	Riohacha	4	6	1	3	0	1	3
Meta	Puerto Gaitán	4	9	1	246	13	15	105
Meta	Villavicencio	4	8	1	14	2	2	12
Putumayo	Puerto Leguizamo	4	3	0	15	1	1	5
Risaralda	Pereira	4	5	1	7	0	1	3
Risaralda	La Virginia	4	16	6	14	1	1	10
Tolima	Ataco	3	0	0	0	1	0	3
Vichada	Puerto Carreño	4	61	12	146	16	11	98
Valle del Cauca	Florida	4	0	0	4	0	0	4
Vaupés	Taraira	5	9	3	34	2	9	15
Vichada	Puerto Carreño	4	49	12	120	11	13	81

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 07 del 2026, se han notificado 2 733 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 2 721 corresponden a residentes en Colombia y 12 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (08 de 2025 a 07 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 25).

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 7,8 % presentaron perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (28,1 %) y de 1 año (26,6 %). Según el área de residencia, el 66,7 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 07 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos de desnutrición aguda en Caldas, Cauca, Córdoba, Vichada, Guaviare y Vaupés; 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 comportamiento inusual de incremento en 192 municipios a nivel nacional (17,1 %) y de disminución en 26 municipios (2,3 %). 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 26).

Tabla 25. 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 07, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 07 de 2025	Casos a SE 07 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	2912	2721	0,54	17,1	2,3
La Guajira	294	225	1,50	13,3	6,7
Vichada	19	13	1,19	0,0	50,0
Chocó	167	105	1,14	19,4	9,7
Magdalena	75	73	0,83	20,7	6,9
Risaralda	61	64	0,75	21,4	0,0
Guaviare	14	10	0,75	25,0	25,0
Arauca	38	35	0,67	42,9	42,9
Casanare	19	41	0,66	10,5	0,0
Cartagena de Indias	74	69	0,65	0,0	0,0
Amazonas	6	5	0,64	9,1	0,0
Cesar	140	103	0,61	24,0	8,0
Boyacá	61	75	0,60	12,2	0,0
Vaupés	7	4	0,58	0,0	16,7
Antioquia	425	388	0,58	21,6	0,8
Norte Santander	87	74	0,57	10,0	2,5
Bogotá, D.C	370	374	0,57	0,0	0,0
Bolívar	71	75	0,55	31,1	2,2
Guainía	4	5	0,55	0,0	0,0
Nariño	96	88	0,51	12,5	1,6
Cundinamarca	159	168	0,50	19,0	0,9
Putumayo	40	36	0,49	23,1	0,0
Buenaventura D.E.	23	15	0,47	0,0	0,0
Valle del Cauca	81	85	0,46	25,0	0,0
Santiago de Cali	76	73	0,45	0,0	0,0
Meta	49	56	0,44	27,6	0,0
Huila	62	68	0,43	18,9	0,0
Sucre	56	45	0,43	23,1	0,0
Barranquilla	15	21	0,39	0,0	0,0
Santa Marta	22	14	0,39	0,0	0,0
Tolima	42	59	0,38	19,1	0,0
Caquetá	16	30	0,37	31,3	6,3
Caldas	18	27	0,34	14,8	0,0
Atlántico	27	42	0,30	18,2	0,0
Santander	82	57	0,29	11,5	2,3
Córdoba	75	57	0,28	6,7	3,3
Quindío	7	10	0,27	8,3	8,3
Cauca	34	29	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 8 de 2025 a SE 7 de 2026.

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

Tabla 26. 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 07 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Cesar	Valledupar	20	39
Huila	Neiva	22	29
Atlántico	Soledad	13	23
Córdoba	Montería	30	20
La Guajira	Maicao	43	20
Tolima	Ibagué	7	17
Caquetá	Florencia	9	16
Sucre	Sincedejo	6	13
Valle del Cauca	Jamundí	7,8	13
Antioquia	Rionegro	5	12
Risaralda	Dosquebradas	6	11
Antioquia	Itagüí	5	10
Cesar	Aguachica	4	9
Valle del Cauca	Tuluá	2	9
Santander	Bucaramanga	17	8
Valle del Cauca	Cartago	4	8
Arauca	Arauca	13	8
Antioquia	Apartadó	11	3
Santander	Piedecuesta	8	3
Quindío	Armenia	6	2
Magdalena	Ciénaga	8	1
Norte de Santander	Villa del Rosario	7	1
Cundinamarca	Girardot	7	0

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

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

Tos ferina

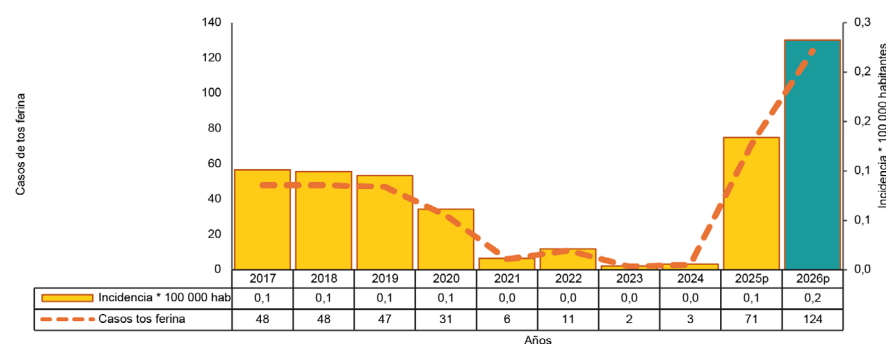
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 06 de 2026

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

Durante la semana epidemiológica (SE) 06 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 633 casos probables de tos ferina; de estos, el 19,4 % (123) se confirmó y corresponde a casos con procedencia de Colombia, el 50,4 % (319) corresponde a casos descartados y el 30,2 % (191) se encuentra en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante SE 06 es de 0,2 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 0,1 casos por cada 100 000 habitantes en 2025 (figura 14).

Figura 14. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 06, 2017 al 2026p

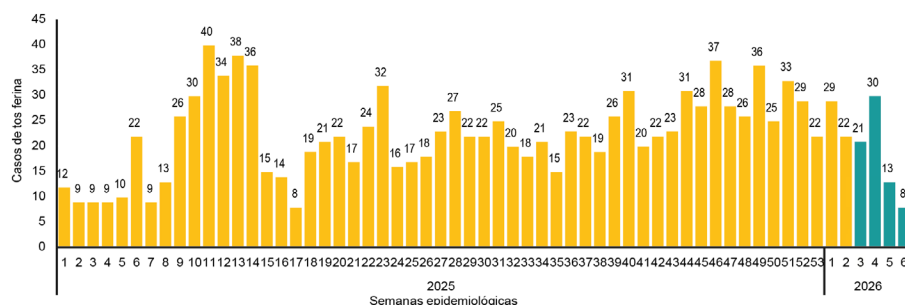


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026. Datos preliminares

p: dato preliminar sujeto a validación

La figura 15 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (SE 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana 06, con un pico máximo en la semana 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa, aunque con repuntes en las semanas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos) y 49 (36 casos). En las últimas cuatro semanas se registra una reducción del 29,4 %, al pasar de 102 casos (SE 52 a 53 de 2025 y SE 01 a 02 de 2026) a 72 casos (SE 03 a 06 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 06 de 2026p



Fuente: 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 06, de 2019 a 2026

El mayor número de casos se registró en Antioquia, con una incidencia de 0,29 casos por cada 100 000 habitantes (20), le siguen Bogotá con 0,24 (19), Cartagena de Indias con 1,68 (17) y Risaralda con 0,70 casos por cada 100 000 habitantes (7).

La tabla 27 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026 para la misma semana epidemiológica.

Tabla 27. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 06, 2019 a 2026

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026p
Colombia	0,10	0,06	0,01	0,02	0,00	0,01	0,13	0,23		124
Antioquia	0,15	0,09	0,03	0,03	0,00	0,00	0,46	0,29		20
Bogotá, D.C.	0,16	0,04	0,00	0,01	0,01	0,00	0,05	0,24		19
Cartagena de Indias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,68		17
Risaralda	0,10	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,70		7
Cesar	0,08	0,15	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,40		6
Boyacá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,39		5
Santander	0,04	0,09	0,13	0,00	0,00	0,00	0,04	0,21		5
Casanare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,84		4
Chocó	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,67		4
La Guajira	0,00	0,00	0,00	0,69	0,00	0,00	0,00	0,37		4
Bolívar	0,00	0,17	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,32		4
Barranquilla	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,31		4
Norte de Santander	0,32	0,06	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,23		4
Santiago de Cali	0,00	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,13		3
Cundinamarca	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,08		3
Vaupés	14,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,50		2
Huila	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	1,16	0,16		2
Cauca	0,07	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12		2
Valle del Cauca	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09		2
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,65		1
Putumayo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25		1
Magdalena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,10		1
Sucre	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10		1
Tolima	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,07		1
Atlántico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06		1
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2026p
p: dato preliminar sujeto a validación

En las últimas cuatro semanas, la incidencia nacional fue de 0,14 casos por cada 100 000 habitantes (72 casos). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas (SE 03 a 06 de 2026) en Boyacá, Chocó, Huila, Magdalena, Norte de Santander, Valle del Cauca, Casanare, Putumayo y Vichada (tabla 28).

Tabla 28. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia, por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas 03 a 06 de 2026

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 52 a 53 de 2025 y 01 a 02 de 2026)	Casos PE actual (SE 03 a 06 de 2026)	Incidencia PE anterior (SE 52 a 53 de 2025 y 01 a 02 de 2026)	Casos PE actual (SE 02 a 06 de 2026)	Tendencia
Colombia	102	72	0,19	0,14	
Boyacá	2	4	0,2	0,3	
Chocó	0	4	0,0	0,7	
Huila	1	1	0,1	0,1	
Magdalena	0	1	0,0	0,1	
Norte de Santander	0	4	0,0	0,2	
Valle del Cauca	0	2	0,0	0,1	
Casanare	1	3	0,2	0,6	
Putumayo	0	1	0,0	0,3	
Vichada	0	1	0,0	0,7	
Atlántico	2	0	0,1	0,0	
Cartagena de Indias	15	8	1,5	0,8	
Cauca	3	1	0,2	0,1	
Cesar	8	4	0,5	0,3	
Córdoba	2	0	0,1	0,0	
Cundinamarca	4	0	0,1	0,0	
La Guajira	6	1	0,6	0,1	
Risaralda	5	4	0,5	0,4	
Sucre	1	0	0,1	0,0	
Tolima	1	0	0,1	0,0	
Samtiago de Cali	4	0	0,2	0,0	
Vaupés	2	0	4,5	0,0	
Antioquia	15	13	0,2	0,2	
Bogotá, D.C.	16	13	0,2	0,2	
Bolívar	3	2	0,2	0,2	

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, Sivigila 2025p y 2026p
p: dato preliminar sujeto a validación, PE: periodo epidemiológico, SE: semana epidemiológica

Tabla 29. Brotes de tos ferina en seguimiento, Colombia, 2026 datos preliminares

Entidad territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		25		
Chocó	Carmen del Darién	2	6/02/2026	20/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	6/02/2026	20/03/2026
La Guajira	Uribia	1	1/02/2026	15/03/2026
Antioquia	Dabeiba	5	1/02/2026	15/03/2026
Casanare	Paz de Ariporo	1	28/01/2026	11/03/2026
Cauca	Morales	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Santander	Cedrito	3	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	1	26/01/2026	9/03/2026
Cesar	Agustín Codazzi	1	26/01/2026	9/03/2026
Vichada	Cumaribo	1	24/01/2026	7/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	4/03/2026
Cauca	Toribío	1	16/01/2026	27/02/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026
Vaupés	Mitú	2	6/01/2026	24/02/2026

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

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

En 2026 (SE 06), se identificaron 25 casos confirmados de tos ferina en población indígena distribuidos así: Antioquia (5), Risaralda (4), Santander (3), Chocó (4), Cauca y Vaupés (2), La Guajira, Boyacá, Cesar, Vichada y Casanare con un caso cada uno. Los brotes en seguimiento se detallan en la tabla 29.



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización de fiebre amarilla a nivel nacional, 24 de febrero de 2026

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

A corte del 24 de febrero 2026 (datos preliminares), se han notificado 271 casos probables, 25 confirmados (24 por laboratorio y uno (1) por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre 04 de enero y 13 de febrero de 2026, todos procedentes del Tolima. Igualmente, se han notificado 13 muertes probables, 10 confirmados y tres (3) en estudio, lo que representa una letalidad de 40,0 % (10/25).

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 173 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 69 casos y tres (3) se encuentran en estudio (letalidad del 40,1 %). Entre el 17 y 24 de febrero de 2026 se confirmó un (1) caso de fiebre amarilla, con procedencia de Rioblanco (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 24 de febrero de 2026 por parte del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) en zona rural del municipio de Palermo (Huila).

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

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

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

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

Frente frío Córdoba, 25 de febrero 2026

Durante el reciente periodo de emergencia en Córdoba, se reportaron afectaciones en 25 municipios, lo que corresponde al 83,0 % del territorio. El evento dejó un saldo de ocho (8) personas fallecidas y trece lesionadas. Se reportaron daños en 33 instituciones prestadoras de servicios de salud, de las cuales cinco (5) presentaron afectaciones estructurales y 28 sufrieron 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 la alerta roja en Tierralta, San Pelayo, Cotorra y Lorica, en paralelo con el incremento de descargas de la hidroeléctrica Urrá hacia el río Sinú.

Con corte al 23 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.

Desde el enfoque de salud pública, el aumento sostenido de precipitaciones en el departamento representa un factor de riesgo para la modificación y amplificación del comportamiento epidemiológico de eventos de interés en salud pública. Entre los eventos priorizados se incluyen enfermedades transmitidas por agua y alimentos (EDA, cólera, hepatitis A, leptospirosis), enfermedades transmitidas por vectores (dengue, Chikungunya, zika, malaria), infecciones respiratorias agudas (incluyendo IRAG inusitado, COVID-19 y tos ferina), eventos no transmisibles como intento de suicidio, violencia de género e intrafamiliar, morbilidad materna extrema y la ocurrencia de varicela.

En relación con las intervenciones del programa enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y Zoonosis, se realizaron acciones de control vectorial en 16 municipios, logrando la intervención de 10 684 criaderos y el desarrollo de 1 239 actividades de investigación epidemiológica de campo (IEC). Se efectuaron 14 fumigaciones especiales, entre ellas la intervención de 1 107 viviendas y 45 alojamientos temporales de emergencia (ATE). Asimismo, se aplicaron 1048 dosis de vacuna antirrábica a perros y gatos en nueve municipios. Estas acciones impactaron directamente a 14 738 personas (6 187 en ATE y 8 551 en viviendas), y se estimó un beneficio indirecto para 10 717 personas. Paralelamente, se mantienen las actividades de vigilancia sindrómica y de vigilancia basada en la comunidad (VBC).

En cuanto a las acciones de epidemiología de campo, se efectuó salida a terreno por parte del equipo de vigilancia en salud pública y se adelantó la capacitación a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) en el módulo 5 del EWARS-INS el 24 de febrero de 2026, con 187 asistentes. El 25 de febrero de 2026 se desarrolló la sala de análisis de riesgo ambiental con acompañamiento del grupo de factores de riesgo ambientales del Instituto Nacional de Salud (GFRA-INS), donde se recomendó fortalecer la detección temprana, el uso oportuno de pruebas de laboratorio de acuerdo con el evento de interés en salud pública a estudiar, el cumplimiento de algoritmos diagnósticos, la vigilancia activa y la búsqueda comunitaria. La situación se mantiene en seguimiento por el GFRA-INS.

Durante la SE 06 de 2026 se identificaron comportamientos inusuales en eventos priorizados en varios municipios del departamento (tabla 30).

Tabla 30. Municipios con comportamientos inusuales de eventos priorizados por condiciones climáticas de Córdoba

Evento	No. Municipios	Nombre del municipio
Accidente ofídico	7	Ayapel; Montería; Los Córdoba; Canalete; San José de Uré; Cereté; San Antero
Dengue grave y dengue con signos de alarma	8	Ayapel; Tierralta; Cereté; Buenavista; Ciénaga de Oro; Moñitos; San Antero; Puerto Libertador
APTR	1	Montería
IRAG Inusitado	2	Cereté; San Antero
Morbilidad por IRA – hospitalizaciones en sala general	1	Lorica
Morbilidad materna extrema	3	Puerto Escondido; San José de Uré; San Antero
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 e intrafamiliar	3	San José de Uré; Moñitos; San Antero
Morbilidad por EDA	9	Ayapel; Chimá; Canalete; Cereté; Buenavista; San Bernardo del Viento; Ciénaga de Oro; San Antero; San Pelayo

Fuente: elaboración propia basada en datos de la sala de análisis, febrero 25 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 GFRA-INS.

Fuente: sala de análisis, febrero 25 de 2026

Brote de infección respiratoria en centro de protección de Medellín (Antioquia), 20 de febrero de 2026

El 20 de febrero de 2026 se notificó un brote de infección respiratoria aguda en un centro de protección ubicado en Medellín (Antioquia). La investigación preliminar evidenció que el evento pudo haberse originado entre el 26 y el 28 de enero de 2026, tras el ingreso de un lactante con diagnóstico de bronquiolitis y sospecha inicial de tos ferina, situación que motivó el fortalecimiento inmediato de las acciones de vigilancia en la institución.

A través de la búsqueda activa comunitaria se identificaron cinco (5) menores con sintomatología respiratoria, dos de los cuales requirieron hospitalización y tres (3) recibieron manejo ambulatorio. En total se registraron 89 personas expuestas, lo que corresponde a una tasa de ataque del 5,6 %. Los análisis de laboratorio descartaron la presencia de *Bordetella pertussis* y evidenciaron la circulación de virus respiratorios estacionales como virus sincitial respiratorio (VSR), influenza A, adenovirus y metapneumovirus humano. Todos los casos evolucionaron de manera favorable.

Como parte de la respuesta institucional se desarrollaron actividades de información, educación y comunicación dirigidas a cuidadores y personal del centro; se realizaron visitas de seguimiento, se reforzaron los esquemas de vacunación, se implementó vigilancia clínica permanente de casos y contactos, y se establecieron rutinas diarias de limpieza y desinfección. Asimismo, se promovió la adopción de medidas preventivas no farmacológicas para limitar la transmisión. Hasta la fecha del último seguimiento no se han identificado nuevos casos, y el evento permanece en observación con monitoreo programado hasta el 10 de marzo de 2026.

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

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización epidemiológica dengue en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 18 de febrero de 2026

En la región de las Américas, desde la SE 01 hasta la 53 de 2025, se notificaron 4 459 521 casos sospechosos y 1 682 588 casos confirmados de dengue a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la OPS. De este total, 8 966 (0,2 %) fueron caracterizados como dengue grave y se registraron 2 207 defunciones (letalidad de 0,05 %).

El total de casos notificados en 2025 muestra una tendencia similar a lo observado en años no epidémicos, mostrando un descenso de 66,0 % en comparación con lo registrado en el 2024 (13 063 434 casos). Durante el 2026, hasta la SE 04, se han notificado 122 090 casos, incluyendo 22 409 casos confirmados por laboratorio, 242 casos de dengue grave y seis defunciones.

Durante el 2025, se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus dengue en la región de las Américas. Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá y Puerto Rico reportan circulación simultánea de los cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4).

Fuente: Actualización epidemiológica dengue en La Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 18 de febrero de 2026. Fecha de consulta: 20 de febrero de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-18feb-phe-actualizacion-dengue-es-final.pdf>

Situación epidemiológica de sarampión en México. Secretaría de Salud de México. Fecha de publicación: 23 de febrero de 2026

Desde el 01 de enero de 2025 hasta el 23 de febrero de 2026 se han confirmado 10 941 casos de sarampión en el país, 6 444 en el año 2025 y 4 497 en el año 2026. El grupo de edad con el mayor número de casos es de 1 a 4 años (1 548 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (1 333 casos) y el de 25 a 29 años (1 227 casos). La tasa de incidencia más elevada se presenta en menores de un año con 57,9 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 (2 662 casos), Chiapas (393 casos) y Ciudad de México (303 casos).

Fuente: Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 23 de febrero de 2026. Fecha de consulta: 23 de febrero de 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1058970/INFORME_DIARIO_SARAMPION_20260223.pdf





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 07 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 07

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	7	1	1	72	29	43	145	43	91	21	15	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	89	12	8	2915	1367	1674	667	333	384	234	140	133	7	3	4	32	78	26	25	9	11
Arauca	19	2	2	158	56	84	261	42	173	102	14	67	1	0	0	0	1	0	6	5	5
Atlántico	5	0	1	612	280	350	615	265	351	293	152	164	5	6	2	0	2	0	1	1	0
Barranquilla D.E.	1	0	0	691	267	421	838	479	429	345	227	176	7	9	2	0	0	0	9	3	5
Bogotá D.C.	0	0	0	3499	1725	1983	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	18	0	2	1	2
Bolívar	32	4	3	412	221	230	782	208	471	287	106	169	14	3	9	1	0	1	0	0	0
Boyacá	10	1	1	990	467	559	43	43	30	21	16	12	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Buenaventura D.E.	4	0	0	34	13	13	16	22	9	4	9	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	11	3	1	577	288	320	16	25	13	7	15	5	0	0	0	1	1	1	4	2	3
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	798	403	457	246	753	151	72	352	39	2	8	1	0	14	0	28	15	10
Caquetá	27	5	3	186	86	100	63	195	41	33	109	21	4	3	4	0	0	0	2	0	2
Cartagena de Indias D.T.	4	0	0	347	143	174	1402	246	816	293	110	156	8	5	0	0	0	0	0	0	0
Casanare	11	2	1	322	114	188	95	115	64	32	55	19	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Cauca	23	2	3	864	423	478	46	97	24	16	38	6	1	1	1	0	7	0	6	1	4
Cesar	21	4	2	377	193	212	1479	289	852	834	192	477	6	5	4	0	2	0	1	3	1
Chocó	34	5	4	51	13	29	128	48	75	33	11	14	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Córdoba	48	6	8	768	382	443	606	287	341	281	145	159	9	3	7	0	1	0	1	1	0
Cundinamarca	17	1	3	2330	1026	1303	277	317	165	98	146	60	3	2	2	3	4	2	3	1	3
Guaanía	4	0	0	36	11	19	1	8	0	0	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Guaviare	13	3	4	45	29	26	221	36	140	27	8	16	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	16	2	1	1024	457	580	250	447	130	95	1027	52	9	11	3	1	2	0	1	1	0
La Guajira	22	2	3	339	154	204	805	192	465	468	140	278	16	4	11	2	1	1	2	1	1
Magdalena	22	2	5	287	186	141	717	93	434	395	65	231	3	2	2	0	0	0	0	0	0
Meta	31	3	2	707	298	386	1488	422	930	449	182	289	20	3	16	2	5	1	3	1	3
Nariño	18	3	2	1093	514	613	81	54	50	29	18	21	0	1	0	0	1	0	4	2	2
Norte de Santander	54	7	5	975	415	559	1290	287	868	460	146	299	17	5	12	5	10	1	2	0	2
Putumayo	22	4	4	293	122	152	188	174	98	37	55	23	1	2	1	0	0	0	4	1	3
Quindío	3	0	1	482	215	272	77	60	47	21	19	15	2	0	1	0	2	0	1	1	0
Risaralda	10	0	0	703	302	426	46	62	28	16	26	12	0	1	0	2	5	0	6	0	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	35	26	13	8	14	6	1	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	4	0	2	287	131	160	817	63	444	327	39	168	2	2	1	0	0	0	2	3	1
Santander	33	4	3	1201	524	648	1110	384	672	378	166	230	6	3	6	4	0	3	2	1	1
Sucre	8	2	1	401	202	228	307	320	200	158	191	109	1	5	0	1	0	1	1	0	1
Tolima	29	3	5	1122	474	641	792	602	470	257	263	145	16	7	8	1	0	0	3	4	0
Valle del Cauca	12	2	0	1432	596	777	296	646	181	81	295	49	3	5	3	1	13	1	4	2	3
Vaupés	7	1	1	30	12	17	29	11	20	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3
Vichada	8	0	3	23	18	14	19	5	11	5	2	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Total nacional	679	86	83	26.518	12.181	14.937	16.267	7.687	9.674	6.210	3.678	3.630	165	100	101	61	168	40	127	62	69

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 07

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	428	113	147	1	0	1	902	454	532	76	10	50	0	0	0	380	436	240	1	3	1
Antioquia	1115	857	591	43	15	16	158796	74758	93704	7165	3053	3771	639	932	718	57364	34648	34716	90	110	90
Arauca	37	3	25	3	0	1	2610	1886	1634	242	80	169	8	5	8	1001	700	569	7	12	7
Atlántico	0	0	0	1	2	0	18532	10437	10320	568	171	329	398	148	439	7426	4070	4037	18	34	18
Barranquilla D.E.	0	0	0	4	1	1	26782	14998	14825	1634	432	893	159	230	181	10948	5985	5986	35	32	35
Bogotá D.C.	0	0	0	25	7	13	177802	114860	104486	8509	4786	4821	1144	1225	1332	93252	68642	56640	122	105	122
Bolívar	229	118	121	6	3	4	18064	10536	9888	453	216	239	62	126	73	4944	2819	2916	22	31	22
Boyacá	33	0	21	11	4	5	13886	9847	8011	903	418	461	53	76	57	6206	4883	3629	19	19	19
Buenaventura D.E.	109	128	49	2	1	0	1057	734	609	4	5	1	1	4	2	418	489	272	10	12	10
Caldas	6	6	3	4	1	2	12768	7566	6682	522	268	268	173	158	200	3816	3207	2293	12	16	12
Santiago de Cali D.E.	2	1	1	19	7	8	33717	23348	17574	926	662	438	140	95	153	19642	12696	13401	36	42	36
Caquetá	51	18	33	1	1	1	3183	2828	1801	303	127	196	2	9	3	2266	1848	1311	8	11	8
Cartagena de Indias D.T.	1	0	0	5	1	2	21737	16437	12154	1532	324	813	217	226	250	6730	4046	3858	15	34	15
Casanare	6	5	3	1	0	1	2719	1957	1517	68	39	33	19	8	20	1299	1074	764	7	13	7
Cauca	159	201	78	7	2	4	15248	10109	8228	585	226	333	63	69	75	4999	4986	3040	23	33	23
Cesar	2	3	2	4	1	2	14131	9277	7981	625	555	334	53	75	57	3140	3340	1846	28	33	28
Chocó	1577	2318	709	8	0	2	5807	2017	3081	127	147	83	4	8	4	2600	1059	1386	23	27	23
Córdoba	794	956	421	4	0	2	24549	13959	13458	1095	448	618	201	227	232	6868	4443	3928	29	49	29
Cundinamarca	0	0	0	15	2	8	42122	25511	24417	1670	834	947	158	252	176	20813	13712	12319	50	54	50
Guainía	620	251	311	0	0	0	222	191	120	15	20	5	0	0	0	220	124	133	2	3	2
Guaviare	160	103	65	0	0	0	738	532	428	74	25	49	6	9	6	546	327	300	0	2	0
Huila	0	0	0	3	0	2	8732	9218	4854	432	427	233	76	91	89	6752	4918	3718	27	26	27
La Guajira	6	5	6	2	1	1	30969	14297	18637	535	434	265	86	38	94	5432	3453	3312	29	54	29
Magdalena	1	1	0	2	0	2	18282	7815	10327	392	196	234	2	22	2	5055	3167	2939	14	20	14
Meta	289	45	136	3	0	0	9488	5682	5109	331	212	196	38	84	42	6466	4687	3735	20	23	20
Nariño	418	887	201	17	0	8	19045	13027	9878	1130	523	539	9	30	9	6690	5934	3762	22	30	22
Norte de Santander	101	121	54	11	4	4	25012	13732	14013	1557	744	858	138	125	157	8394	5560	4497	24	29	24
Putumayo	22	5	9	1	0	0	4560	2324	2661	153	104	95	8	7	9	2324	1132	1353	6	9	6
Quindío	0	3	0	5	0	3	7830	5794	4276	410	292	223	87	73	101	4466	3340	2331	10	9	10
Risaralda	306	276	123	12	2	6	16226	9042	9308	628	297	371	62	59	67	5855	4347	3266	11	16	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	625	722	365	114	40	69	0	0	0	226	296	118	1	1	1
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	0	0	7726	4295	3932	570	160	206	75	162	96	2785	1179	1545	10	12	10
Santander	4	1	3	15	4	5	35110	13559	21631	2324	996	1329	291	355	335	15623	8048	9398	24	30	24
Sucre	19	5	10	8	0	4	13773	7151	7939	1340	404	850	160	218	178	3225	2342	1751	20	26	20
Tolima	3	0	3	5	2	0	19113	13196	10583	1469	436	669	62	73	73	9110	5620	5047	17	21	17
Valle del Cauca	10	6	4	8	2	1	20169	12076	10678	544	257	295	179	100	195	9285	7268	5120	25	30	25
Vaupés	204	108	484	0	0	0	521	151	403	22	6	14	0	0	0	174	79	143	2	2	2
Vichada	207	152	139	1	0	0	226	270	122	0	3	0	0	0	0	171	132	80	4	5	4
Total nacional	6.919	6.828	3.355	256	213	109	832.779	484.593	476.166	39.047	18.377	21.297	4.773	5.319	5.433	346.911	235.037	205.699	823	1.022	823

41

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 07

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	3	9	0	0	0
Antioquia	1	2	0	83	58	38	4	1	1	188	42	107	316	178	144	42	18	26
Arauca	0	0	0	5	1	3	0	0	0	2	1	2	10	7	7	3	2	1
Atlántico	0	1	0	14	5	9	0	0	0	3	1	2	71	35	37	2	1	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	14	9	7	0	0	0	10	1	3	96	31	46	4	3	1
Bogotá D.C.	2	2	0	176	94	91	95	1	18	149	36	72	569	327	328	79	44	46
Bolívar	1	1	0	3	3	3	1	0	0	8	1	4	49	30	26	0	1	0
Boyacá	0	0	0	16	14	7	0	0	0	11	1	4	85	51	48	18	15	7
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	1	1	1	40	30	28	4	5	0
Santiago de Cali D.E.	0	1	0	14	18	5	0	0	0	8	2	2	120	90	60	16	10	9
Caquetá	0	0	0	5	2	4	0	0	0	0	1	0	37	11	26	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	5	8	2	0	0	0	26	0	13	41	31	19	0	0	0
Casanare	0	0	0	6	2	4	0	0	0	7	0	6	28	16	15	0	0	0
Cauca	0	1	0	5	6	2	0	0	0	6	1	2	34	26	23	25	29	5
Cesar	0	1	0	10	4	8	0	0	0	26	0	8	37	21	19	3	5	1
Chocó	0	0	0	2	0	1	0	0	0	34	7	14	5	3	3	2	1	1
Córdoba	0	1	0	13	14	7	0	0	0	1	0	0	88	57	50	8	6	2
Cundinamarca	0	1	0	45	28	27	33	0	6	28	8	14	260	146	140	17	11	10
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3	1	2	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	12	6	4	1	0	1
Huila	3	1	0	19	14	11	2	0	0	5	3	3	48	35	30	3	2	1
La Guajira	0	1	0	2	2	1	0	0	0	17	5	10	24	20	15	1	1	0
Magdalena	1	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0	2	33	14	17	0	0	0
Meta	2	0	0	6	6	5	2	0	0	15	2	8	44	34	23	4	2	2
Nariño	3	1	1	19	10	11	0	0	0	7	4	3	81	51	38	9	9	2
Norte de Santander	0	1	0	20	16	13	0	0	0	39	2	22	140	68	77	0	0	0
Putumayo	0	0	0	6	4	3	0	0	0	3	1	1	17	11	9	1	2	0
Quindío	0	0	0	5	3	2	0	0	0	5	0	1	33	23	18	5	5	2
Risaralda	0	0	0	4	5	1	0	0	0	51	1	19	65	33	37	5	4	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	1	1	28	6	13	0	0	0
Santander	1	1	0	11	7	3	0	0	0	36	6	25	150	50	79	7	6	3
Sucre	1	0	1	3	6	2	2	0	0	3	4	1	39	35	23	7	3	5
Tolima	2	0	0	6	5	2	2	0	0	5	2	3	59	47	32	8	4	4
Valle del Cauca	0	1	0	21	10	10	0	0	0	2	1	2	98	77	61	3	5	1
Vaupés	0	0	0	1	0	0	0	0	0	29	0	8	0	1	0	0	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	2	3	2	2	0	0	0
Total nacional	17	16	2	550	390	287	143	3	26	735	136	367	2.779	1.810	1.510	277	194	132

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 07

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	7	5	0	0	9	9	0	2
Antioquia	0	0	0	0	270	388	0	5	656	660	48	186
Arauca	0	0	0	0	41	35	0	0	20	28	1	5
Atlántico	0	0	0	0	39	42	0	2	112	103	1	0
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	24	21	0	0	108	99	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	460	374	0	4	647	672	0	0
Bolívar	0	0	0	0	55	75	0	3	69	59	34	72
Boyacá	0	0	0	0	70	75	0	0	128	102	17	29
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	17	15	0	0	14	12	2	2
Caldas	0	0	0	0	20	27	0	3	154	104	13	39
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	62	73	1	0	233	216	0	0
Caquetá	0	0	0	0	25	30	0	0	28	15	15	43
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	40	69	0	0	72	66	0	1
Casanare	1	0	0	0	35	41	0	0	32	31	1	1
Cauca	0	0	0	0	39	29	0	0	114	101	4	8
Cesar	0	0	0	0	92	103	0	0	82	63	28	19
Chocó	0	0	0	0	112	105	0	1	21	21	19	49
Córdoba	0	0	0	0	85	57	0	0	131	122	9	31
Cundinamarca	0	0	0	0	164	168	0	0	255	314	4	34
Guainía	0	0	0	0	9	5	0	0	4	4	1	2
Guaviare	0	0	0	0	17	10	0	0	9	7	15	65
Huila	0	0	0	0	57	68	0	3	103	96	0	2
La Guajira	0	0	0	0	252	225	0	0	35	24	2	7
Magdalena	0	0	0	0	69	73	0	0	46	27	1	1
Meta	0	0	0	0	54	56	0	5	87	67	8	42
Nariño	0	0	0	0	81	88	0	1	176	182	6	42
Norte de Santander	0	0	0	0	93	74	0	0	127	132	9	40
Putumayo	0	0	0	0	31	36	0	0	42	30	3	53
Quindío	0	0	0	0	12	10	0	0	70	51	0	0
Risaralda	0	0	0	0	56	64	0	0	147	144	9	16
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	2	3	0	0	4	2	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	12	14	0	0	32	33	0	2
Santander	1	0	0	0	68	57	0	0	185	183	52	114
Sucre	0	0	0	0	37	45	0	3	60	47	6	22
Tolima	0	0	0	0	50	59	0	5	141	136	9	40
Valle del Cauca	0	0	0	0	61	85	1	3	161	138	2	3
Vaupés	0	0	0	0	11	4	0	0	10	4	0	6
Vichada	0	0	0	0	35	13	0	0	4	2	2	6
Total nacional	4	0	0	0	2.666	2.721	2	38	4.327	4.106	997	321

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 07

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	12	7	3	2	2	0	5	3	2	1	19	17
Arauca	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Atlántico	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	4	1
Barranquilla D.E.	5	1	1	0	0	0	1	0	0	0	3	0
Bogotá D.C.	1	0	4	1	0	0	3	2	0	0	21	45
Bolívar	3	0	1	0	0	1	1	2	1	1	3	0
Boyacá	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
Buenaventura D.E.	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Caldas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Santiago de Cali D.E.	2	0	1	0	0	0	0	2	0	0	6	2
Caquetá	2	5	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	2	1	0	1	0	0	1	3	0	0	3	2
Casanare	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Cauca	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	4	1
Cesar	1	0	2	1	1	0	1	4	3	1	4	3
Chocó	0	3	1	1	4	1	4	3	6	2	2	0
Córdoba	1	0	2	0	0	0	1	0	1	1	5	2
Cundinamarca	2	1	1	1	0	0	1	1	0	1	10	5
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Huila	2	6	1	1	0	1	1	0	1	0	3	1
La Guajira	0	0	4	2	5	4	3	2	6	2	3	0
Magdalena	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	3	0
Meta	0	1	1	0	0	0	1	2	0	0	3	1
Nariño	1	2	2	0	0	1	2	1	1	0	5	2
Norte de Santander	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	5	10
Putumayo	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0
Quindío	5	1	1	1	0	0	0	1	0	0	2	0
Risaralda	5	5	1	0	3	1	2	3	1	0	3	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Santander	2	1	1	0	0	1	0	3	0	0	6	2
Sucre	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3	3
Tolima	12	5	1	0	0	0	2	0	0	0	3	0
Valle del Cauca	3	2	0	1	1	0	2	0	1	0	5	7
Vaupés	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Vichada	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total nacional	330	403	32	17	24	13	42	38	31	9	141	108

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 07

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	3	2	0	0	8	9	0	0	70	65
Antioquia	21	19	162	230	0	1	511	644	17	22	2729	1838
Arauca	7	1	28	21	0	0	20	19	0	0	161	152
Atlántico	6	2	46	44	0	0	65	83	2	4	298	277
Barranquilla D.E.	7	7	55	53	0	1	123	134	3	4	291	340
Bogotá D.C.	19	16	122	198	0	0	177	212	6	8	3229	3062
Bolívar	5	7	38	60	0	0	30	31	0	0	291	286
Boyacá	5	2	11	9	0	0	24	31	1	1	524	479
Buenaventura D.E.	4	1	19	23	0	0	23	27	0	0	41	28
Caldas	4	3	22	22	0	0	43	42	0	1	364	359
Santiago de Cali D.E.	3	2	64	117	0	0	201	229	8	4	890	713
Caquetá	1	2	14	18	0	0	32	53	1	4	128	125
Cartagena de Indias D.T.	9	9	42	77	0	0	62	65	1	0	172	214
Casanare	4	3	20	22	0	0	18	33	0	1	90	103
Cauca	3	3	27	38	0	0	37	37	1	2	383	370
Cesar	7	6	45	38	0	0	64	76	0	2	261	227
Chocó	8	5	34	25	0	0	29	37	1	0	54	60
Córdoba	3	3	41	45	0	0	38	52	1	0	436	378
Cundinamarca	9	4	54	65	0	0	69	100	1	5	1535	1697
Guainía	2	0	2	4	0	0	3	4	0	0	21	23
Guaviare	1	0	3	2	0	0	5	5	0	0	47	33
Huila	2	2	21	29	0	1	69	67	1	1	816	666
La Guajira	10	3	50	34	0	0	75	98	2	2	154	154
Magdalena	4	1	34	32	0	0	24	27	0	0	167	158
Meta	5	9	32	42	0	0	93	90	3	1	274	293
Nariño	3	5	32	41	0	0	22	26	1	1	501	576
Norte de Santander	11	2	67	72	0	0	101	128	2	1	458	478
Putumayo	1	1	15	8	0	0	15	9	1	0	163	177
Quindío	2	2	14	20	0	0	29	38	0	1	292	232
Risaralda	3	1	25	22	0	0	87	92	3	1	453	452
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	24	22
Santa Marta D.T.	2	0	17	32	0	0	35	56	1	0	85	75
Santander	9	4	57	71	0	0	149	165	4	2	774	807
Sucre	2	2	29	28	0	0	15	14	0	0	231	210
Tolima	5	7	19	33	0	0	78	81	3	1	359	364
Valle del Cauca	3	9	40	73	0	0	105	160	2	6	827	845
Vaupés	1	0	0	3	0	0	3	2	0	0	28	48
Vichada	1	0	6	3	0	0	4	2	0	0	29	23
Total nacional	200	143	1.392	1.657	0	3	2.486	2.978	66	75	17.650	16.409

45



Semana epidemiológica 07

15 al 21 de febrero del 2026

TEMA CENTRAL

Encefalitis equinas

Directora General INS
Dra. Diana Marcela Pava Garzón

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

Claudia Yaneth Rincón Acevedo
Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

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



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín epidemiológico semanal

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

46# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.07>