

Sarampión Rubéola

Continuemos fortaleciendo la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola en Colombia. La detección temprana y la vacunación oportuna son pilares esenciales para proteger a las comunidades y prevenir brotes. Trabajemos de manera articulada para mantener al país libre de estas enfermedades prevenibles por vacunación.

Semana
epidemiológica

01 al 07 de marzo del 2026

09



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

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

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

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

	Situación nacional	7
	Mortalidad	9
	Eventos trazadores	16
	Brotes y alertas	35
	Tablas de mando por departamento	38



TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de la vigilancia integrada del sarampión y la rubéola, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2026

Yariela Jenessa Acevedo Durán, yacevedo@ins.gov.co

El sarampión es una infección viral extremadamente transmisible, producida por un virus del género *Morbillivirus*, perteneciente a la familia *Paramyxoviridae*. Su capacidad de propagación es muy elevada, con un número básico de reproducción (R0) estimado entre 12 y 18 contagios secundarios por cada persona enferma. La transmisión ocurre mediante el contacto con gotículas respiratorias expulsadas al toser, estornudar o hablar, así como por partículas virales que permanecen suspendidas en el aire y que pueden ingresar por las vías respiratorias superiores o por la conjuntiva. El periodo de incubación varía entre 7 y 21 días, con un promedio cercano a los 14 días. La fase de contagio inicia aproximadamente cuatro días antes de la aparición del exantema y se prolonga hasta cuatro días después (1).

Por su parte, la rubéola es una enfermedad viral también contagiosa, originada por un virus del género *Rubivirus* de la familia *Togaviridae*. Su transmisión se da principalmente a través de secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas. El periodo de incubación oscila entre 12 y 23 días, con un promedio similar al del sarampión, de alrededor de 14 días. La capacidad de transmitir la infección inicia siete días antes de la erupción cutánea y se mantiene hasta siete días después de su aparición (2).

El 10 de noviembre de 2025, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hizo un llamado urgente a la acción regional tras la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en las Américas. Esta situación representó un retroceso significativo en los avances logrados en materia de salud pública, luego de que se confirmara la reaparición sostenida de la transmisión endémica en Canadá, país donde el virus circuló de manera continua durante más de doce meses. Ante este escenario, la OPS instó a los países de la región a reforzar la vacunación, fortalecer la vigilancia epidemiológica y asegurar respuestas oportunas frente a los brotes, enfatizando que, aunque el retroceso es preocupante, la recuperación del estatus de eliminación es alcanzable mediante un compromiso regional sostenido y acciones coordinadas (3).

Asimismo, el 03 de febrero de 2026, la OPS emitió una nueva alerta epidemiológica para la región de las Américas, debido al incremento marcado de casos de sarampión registrado durante 2025 y las primeras semanas de 2026. Esta alerta enfatiza la urgencia de reforzar la vigilancia, intensificar la vacunación de rutina, implementar la búsqueda activa de casos a nivel comunitario e institucional y garantizar respuestas rápidas ante casos sospechosos, dado el riesgo creciente asociado a brechas de inmunidad y la persistencia de brotes en varios países de la región (4).

El 13 de noviembre de 2025, la OPS/Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) confirmó oficialmente que Colombia mantiene su estatus como país libre de transmisión de sarampión, rubéola y síndrome

de rubéola congénita, otorgado por la Comisión Regional de Monitoreo y Reverificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (RVC). Al 09 de marzo de 2026 se han confirmado cuatro (4) casos importados de sarampión en el país, todos con antecedente de viaje a México durante el periodo de incubación de la enfermedad. Los casos fueron notificados por Bogotá, D.C. (3) y Santander (Bucaramanga) (1). Del total de personas afectadas, tres (3) corresponden al sexo masculino. En cuanto a la distribución por grupos de edad, los casos están en los grupos de 20 a 29 años y de 30 a 39 años, con dos (2) casos en cada grupo. En relación con el antecedente de vacunación, tres (3) casos refieren haber recibido inmunización previa; sin embargo, este antecedente se clasifica como desconocido por no contar con documentos que lo verifiquen. El caso restante sí presenta un antecedente de vacunación confirmado. Hasta la fecha, no se han registrado hospitalizaciones, complicaciones ni fallecimientos asociados a estos eventos, y no se han identificado cadenas de transmisión, lo que indica ausencia de casos secundarios (mapa 1).

Mapa 1. Casos importados de sarampión, Colombia 2026



Fuente: Investigación de campo de casos

Para la semana epidemiológica 08 de 2026, se observó que 11 entidades territoriales (Bogotá, D.C., Antioquia, Valle del Cauca, Norte de Santander, Cesar, Meta, Sucre, Cartagena de Indias, Casanare, Buenaventura y Guaviare) cumplieron con la tasa de notificación esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola para este periodo. Por otro lado, 12 entidades territoriales (Santander, Cauca, Cundinamarca, Cali, Atlántico, Tolima, Bolívar, Huila, Córdoba, Nariño, Boyacá y Santa Marta) notificaron casos sospechosos, pero no alcanzaron la tasa esperada de notificación. Mientras que, 15 entidades no han reportado casos sospechosos: Barranquilla, La Guajira, Caldas, Risaralda, Magdalena, Chocó, Quindío, Caquetá, Putumayo, Arauca, Vichada, Amazonas, San Andrés, Guainía y Vaupés (tabla 1).

En cuanto a la gestión de la vigilancia de sarampión y rubéola para las entidades territoriales se observó que 13 entidades cumplen con los cuatro indicadores (corte a semana epidemiológica 08 de 2026) con un porcentaje mayor al 80 % para los casos investigados de manera oportuna, muestras de suero recolectadas en los primeros 30 días, muestras recibidas de manera oportuna en el laboratorio y los resultados reportados por el laboratorio menor o igual a cuatro días; estas entidades son: Antioquia, Atlántico, Bogotá, D.C, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Casanare, Guaviare, Meta, Santa Marta, Santander, Tolima y Valle del Cauca (tabla 2).

Tabla 1. Cumplimiento de la tasa de notificación de sarampión y rubéola según lugar de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2026p

Entidad territorial	Población 2026	Casos sospechosos esperados en 2026	Tasa de notificación SE 08 de 2026	Casos sospechosos acumulados SE 08 de 2026	Casos sospechosos esperados SE 08 de 2026	Casos que faltan con corte a SE 08 de 2026	Cumplimiento observado
Colombia	53 399 171	1070	0,32	170	160	0	Cumple
Bogotá, D C	7 945 996	159	0,83	66	24	0	Cumple
Antioquia	6 963 990	139	0,34	24	21	0	Cumple
Valle del Cauca	2 109 787	42	0,47	10	6	0	Cumple
Norte de Santander	1 717 792	34	0,76	13	5	0	Cumple
Cesar	1 493 824	30	0,54	8	5	0	Cumple
Meta	1 166 652	23	0,34	4	4	0	Cumple
Sucre	1 047 052	21	0,57	6	3	0	Cumple
Cartagena de Indias	1 010 995	20	0,40	4	3	0	Cumple
Casanare	477 966	10	0,21	1	1	0	Cumple
Buenaventura	335 217	7	0,30	1	1	0	Cumple
Guaviare	84 833	2	1,18	1	0	0	Cumple
Santander	2 410 700	48	0,12	3	7	4	No cumple
Cauca	1 613 329	32	0,06	1	5	4	No cumple
Cundinamarca	3 601 277	72	0,22	8	11	3	No cumple
Santiago de Cali	2 269 983	45	0,18	4	7	3	No cumple
Atlántico	1 610 050	32	0,12	2	5	3	No cumple
Tolima	1 390 982	28	0,07	1	4	3	No cumple
Bolívar	1 240 195	25	0,08	1	4	3	No cumple
Huila	1 221 847	24	0,08	1	4	3	No cumple
Córdoba	2 014 312	40	0,20	4	6	2	No cumple
Nariño	1 721 735	34	0,17	3	5	2	No cumple
Boyacá	1 295 848	26	0,23	3	4	1	No cumple
Santa Marta	588 662	12	0,17	1	2	1	No cumple
Barranquilla	1 275 854	26	0,00	0	4	4	No ha notificado
La Guajira	1 082 618	22	0,00	0	3	3	No ha notificado
Caldas	1 056 839	21	0,00	0	3	3	No ha notificado
Risaralda	1 006 785	20	0,00	0	3	3	No ha notificado
Magdalena	970 086	19	0,00	0	3	3	No ha notificado
Chocó	599 468	12	0,00	0	2	2	No ha notificado
Quindío	557 850	11	0,00	0	2	2	No ha notificado
Caquetá	431 867	9	0,00	0	1	1	No ha notificado
Putumayo	395 590	8	0,00	0	1	1	No ha notificado
Arauca	280 022	6	0,00	0	1	1	No ha notificado
Vichada	154 190	3	0,00	0	0	0	No ha notificado
Amazonas	85 896	2	0,00	0	0	0	No ha notificado

San Andrés	63 527	2	0,00	0	0	0	No ha notificado
Guainía	61 065	2	0,00	0	0	0	No ha notificado
Vaupés	44 490	2	0,00	0	0	0	No ha notificado

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026 a semana epidemiológica 08.
p: información preliminar a semana epidemiológica 08 de 2026
SE: semana epidemiológica

Tabla 2. Indicadores de la vigilancia integrada de sarampión y rubéola, por entidad territorial de procedencia, Colombia, semana epidemiológica 08 de 2026p

Entidades territoriales	Porcentaje de casos sospechosos con investigación adecuada	Porcentaje de casos sospechosos con muestra de sangre adecuada	Porcentaje de muestras de suero que llegan al Laboratorio <=5 días	Porcentaje de muestras de suero con resultados de laboratorio reportados <=4 días
Colombia	89,8	91,7	87,3	97,4
Amazonas	...	...	...	...
Antioquia	83,3	91,6	86,9	100
Arauca	...	...	...	...
Atlántico	100	100	100	100
Barranquilla	...	...	...	...
Bogotá, D.C	92,4	92,4	96,7	96,7
Bolívar	100	100	100	100
Boyacá	100	100	100	100
Buenaventura	100	100	100	100
Caldas	...	...	...	...
Santiago de Cali	100	100	100	75
Caquetá	...	...	...	...
Cartagena de Indias	100	100	75	100
Casanare	100	100	100	100
Cauca	100	100	0	100
Cesar	100	87,5	42,8	100
Chocó	...	...	...	...
Córdoba	100	75	66,6	100
Cundinamarca	50	100	100	100
Guainía	...	...	...	...
Guaviare	100	100	100	100
Huila	100	100	0	100
La Guajira	...	...	...	...
Magdalena	...	...	...	...
Meta	100	100	100	100
Nariño	100	100	33,3	100

Entidades territoriales	Porcentaje de casos sospechosos con investigación adecuada	Porcentaje de casos sospechosos con muestra de sangre adecuada	Porcentaje de muestras de suero que llegan al laboratorio <=5 días	Porcentaje de muestras de suero con resultados de laboratorio reportados <=4 días
Norte de Santander	100	100	76,9	100
Putumayo	...	...	...	...
Quindío	...	...	...	...
Risaralda	...	...	...	...
San Andrés	...	...	...	...
Santa Marta	100	100	100	100
Santander	100	100	100	100
Sucre	33,3	16,6	0	100
Tolima	100	100	100	100
Valle del Cauca	100	100	90	90
Vaupés	...	...	...	...
Vichada	...	...	...	...

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026 a semana epidemiológica 08 de 2026.
p: información preliminar
... No ha reportado casos sospechosos

- Prevenir la transmisión nosocomial disponiendo de un flujo adecuado de derivación de casos sospechosos a aislamiento y altas tempranas para evitar la transmisión del virus en escenarios de salas de espera.
- Identificar y notificar tempranamente los casos sospechosos desde la consulta, lo cual es clave para que los equipos de respuesta inmediata puedan actuar rápidamente y controlar la propagación de estas enfermedades.
- Iniciar las acciones de control desde el momento en que se notifica un caso sospechoso, sin esperar los resultados de laboratorio.
- Fortalecer las competencias del personal médico de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y de todo el personal involucrado en actividades de vigilancia en salud pública, prevención y control de enfermedades transmisibles.

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud. [Internet] 2026. Sarampión – Información general. OPS. Fecha de consulta: 09 de marzo de 2026 Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sarampion>
- World Health Organization. Rubéola. [Internet] 2024.Fecha de consulta: 09 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rubella>
- Organización Panamericana de la Salud. La OPS hace un llamado a la acción regional tras la pérdida del estatus de eliminación del sarampión en las Américas [Internet]. 10 de noviembre de 2025. Fecha de consulta: 09 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-11-2025-ops-hace-llamado-accion-regional-tras-perdida-estatus-eliminacion-sarampion>
- Organización Panamericana de la Salud. (2026, 3 de febrero). Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de consulta: 09 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-feb-03-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal1.pdf>

Conclusiones

- Colombia mantiene por sexto año consecutivo su estatus como país libre de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita.
- En Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2026, se han reportado 4 casos importados de sarampión de México; sin embargo, no se han identificado cadenas de transmisión.
- Los indicadores de gestión de la vigilancia integrada de sarampión y rubéola cumplen con las metas internacionales en el marco de la eliminación ($\geq 80\%$) a nivel nacional.
- Las entidades territoriales de Bogotá, D.C, Antioquia, Valle del Cauca, Norte de Santander, Cesar, Meta, Sucre, Cartagena de Indias, Casanare, Buenaventura y Guaviare cumplen con la tasa de notificación esperada a semana epidemiológica 08 de 2026.

Recomendaciones para las entidades territoriales

- Realizar entrenamiento y reentrenamiento de los equipos de respuesta inmediata de las entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales).

SITUACIÓN NACIONAL

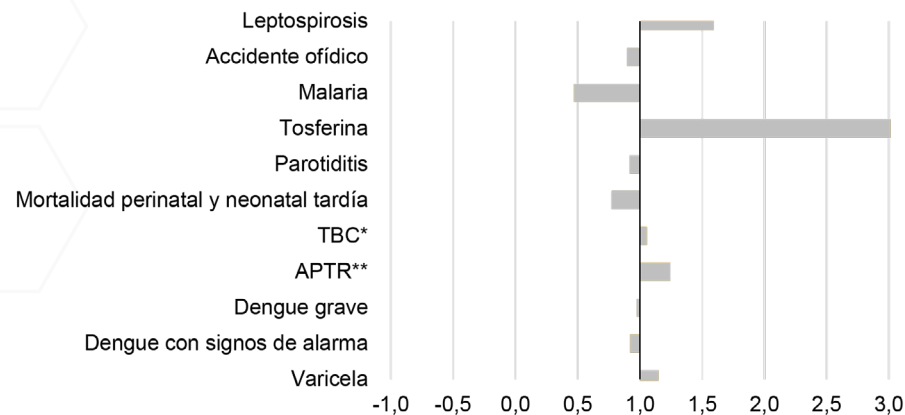
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 09 de 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación.

Figura 1. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 09 del 2026



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

*TBC: tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró dentro del comportamiento histórico de la notificación (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 09 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	30,790	25,154	-0,70	0,48

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 09 del 2026, el evento de zika se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 09 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	6	0	0,00
Leishmaniasis cutánea	11	167	0,00
Mortalidad por dengue	7	3	0,05
Leishmaniasis mucosa	1	3	0,06
Lepra	3	7	0,05
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	2	0,27
Chikunguña	2	1	0,27

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

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

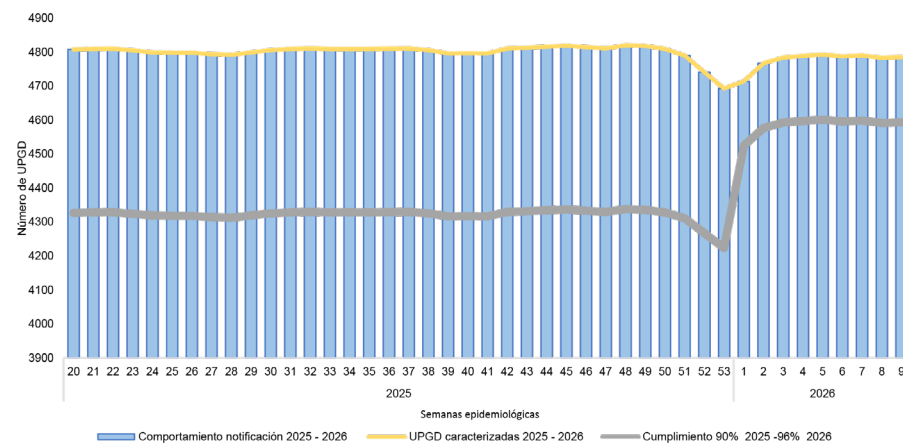
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 09 del año 2025. Para esta semana el país cumplió 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 09 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 100 % (4 785 / 4 785); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 09 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD (90 %).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el periodo 2025-2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación de casos (90 %) establecido en 4785 UPGD para la semana analizada (figura 2).

Figura 2. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 09 del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 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 09 del 2026, se han notificado 92 muertes probables en menores de cinco años, dos (2) casos de IRA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 90 casos notificados de residentes en Colombia, 60 fueron por infección respiratoria aguda (IRA), 11 por desnutrición (DNT) aguda y 19 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 14 fueron confirmados, nueve (9) descartados y 67 se encuentran en estudio (tabla 5).

Tabla 5. 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 09, 2025-2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 09 2026			Casos en estudio a SE 09 2026			Tasa a SE 09 2025			Tasa a SE 09 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	1	7	6	8	48	11	0,76	1,41	0,65	0,03	0,19	0,16
Antioquia	0	0	0	1	7	0	0,00	2,52	1,68	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	0	0	0	1	0	0,00	1,20	0,00	0,00	0,00	0,00
Atlántico	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Barranquilla	0	0	0	0	1	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	1	0	1	3	0	2,96	5,92	0,00	0,00	0,91	0,00
Boyacá	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	3,50	0,00	0,00	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	0	0	0,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	2,51	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	0	0	0	0	0	0,00	5,20	0,00	0,00	0,00	0,00
Caquetá	0	0	0	0	1	0	0,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cartagena de Indias	0	1	0	0	3	0	0,74	0,74	0,00	0,00	1,34	0,00
Cauca	0	0	0	0	2	1	0,00	0,44	0,44	0,00	0,00	0,00
Cesar	0	1	0	1	2	0	4,61	0,00	3,08	0,00	0,75	0,00
Chocó	1	2	1	0	2	0	5,62	10,30	3,75	1,55	3,09	1,55
Córdoba	0	0	0	1	0	0	2,67	0,89	0,89	0,00	0,00	0,00
Cundinamarca	0	0	0	1	0	0	0,00	3,30	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	1	0	1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,95
La Guajira	0	1	1	3	2	4	19,65	9,82	19,65	0,00	0,90	0,90
Magdalena	0	1	0	0	1	0	3,34	1,67	1,67	0,00	1,11	0,00
Meta	0	0	0	0	3	0	0,00	2,27	0,00	0,00	0,00	0,00
Nariño	0	0	0	0	2	1	0,00	3,25	0,00	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	0	0	0	2	2	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	1	0	5	0	0,00	12,68	12,68	0,00	0,00	1,70
San Andrés	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	1	0	4	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,66
Sucre	0	0	0	0	0	1	0,00	20,59	0,00	0,00	0,00	0,00
Tolima	0	0	0	0	0	0	0,00	26,72	0,00	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	0	0	0	2	1	11,91	35,72	0,00	0,00	0,00	0,00
Vaupés	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,23
Vichada	0	0	0	0	0	0	18,07	6,02	0,00	0,00	0,00	0,00

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

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

Nota: las entidades territoriales que no registraron casos a SE 09 para los años 2025 y 2026 no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 09 del 2026 se han notificado 60 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, siete (7) confirmadas por laboratorio, cinco (5) descartadas, y 48 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,19 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 09 fueron 52, para una tasa de mortalidad de 1,41 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 09 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Cartagena de Indias, Risaralda, Santander y Tolima, y a nivel municipal, en Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 09 de 2026 son *Bordetella pertussis*, Enterovirus y Rhinovirus, entre otros (tabla 6).

Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a a semana epidemiológica 09, 2025–2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
Enterovirus	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2
Rhinovirus	1	1	1	0	0	3	1	0	0	1	0	2
Adenovirus	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
<i>Metapneumovirus</i>	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Virus Sincitial Respiratorio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<i>Haemophilus influenzae B</i>	3	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Influenza B	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Moraxella catarrhalis</i>	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	12	6	1	0	0	19	11	0	0	1	0	12

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 09 de 2026 se ha notificado 11 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, una (1) confirmada, dos (2) descartadas y ocho (8) se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,03 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 09 fue de 28, para una tasa de mortalidad de 0,76 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 09 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 09 de 2026 se han notificado 19 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, seis (6) confirmadas, dos (2) descartadas y 11 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,16 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 09 fue de 24 para una tasa de mortalidad de 0,65 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 09 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA notificadas en las entidades territoriales departamentales ni municipales. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM <https://www.binasssa.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 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 09, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	42	28	12	82
2024	41	29	12	82
2025p	31	26	9	66
2026p	26	16	9	51

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 19 entidades territoriales, con mayor número de casos en Antioquia, Bogotá, D.C., Cesar, Cundinamarca y La Guajira. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observó diferencia estadísticamente significativa a nivel nacional, sin diferencias estadísticamente significativas en las entidades territoriales (tabla 8).

Al realizar el análisis desagregado a nivel municipal, se presentó un caso de muerte materna temprana en El bagre (Antioquia), Arauquita (Arauca), Yopal (Casanare), Pueblo Bello (Cesar), Paima (Cundinamarca) y Ortega (Tolima); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 09 de 2026, el 61,5 % corresponde a causas directas y el 34,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 30,8 % (tabla 10).

En la semana epidemiológica 09 de 2026 se notificaron al SIVIGILA nueve (9) casos: seis (6) muertes maternas tempranas, dos (2) muertes maternas tardías y una (1) muerte materna coincidente. El país acumuló 27 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 26 residen en territorio colombiano y una (1) reside en el exterior, por lo que no se incluye en el análisis (tabla 7).

Tabla 8. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 09 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 09	Acumulado de casos a SE 09	
		2025	2026
Colombia	42	31	26
Antioquia	3	3	4
Bogotá, D.C.	5	2	2
Cesar	2	3	2
Cundinamarca	1	2	2
La Guajira	4	3	2
Arauca	1	0	1
Caquetá	1	1	1
Cartagena de Indias	1	0	1
Casanare	0	0	1
Cauca	2	0	1
Chocó	1	1	1
Huila	2	0	1
Nariño	3	1	1
Quindío	1	0	1
Risaralda	2	2	1
Santa Marta	1	0	1
Sucre	0	0	1
Tolima	1	1	1
Valle del Cauca	1	1	1
Atlántico	1	0	0
Barranquilla	1	2	0
Bolívar	2	1	0
Boyacá	1	0	0
Santiago de Cali	1	1	0
Córdoba	3	2	0
Guainía	0	1	0
Meta	1	0	0
Norte de Santander	2	1	0
Santander	1	2	0
Vichada	1	1	0

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

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 09 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 09	Valor observado SE 09
Colombia	42	26
El Bagre (Antioquia)	0	1*
Araucuita (Arauca)	0	1*
Yopal (Casanare)	0	1*
Pueblo Bello (Cesar)	0	1*
Paime (Cundinamarca)	0	1*
Ortega (Tolima)	0	1*

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2024, datos preliminares 2025 - 2026. SE: semana epidemiológica.
*Municipios que en el promedio histórico 2022-2025 no presentaron muertes maternas tempranas

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 09 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 09	Número de casos y proporción a SE 09 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	36	41	100	31	100	26	100
DIRECTA	23	25	61,0	20	64,5	16	61,5
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	9	12	29,3	6	19,4	8	30,8
Sepsis obstétrica	2	1	2,4	3	9,7	3	11,5
Hemorragia obstétrica	7	8	19,5	5	16,1	2	7,7
Evento tromboembólico como causa básica	3	2	4,9	3	9,7	1	3,8
Otras causas directas	1	1	2,4	0	0,0	1	3,8
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Embarazo ectópico	2	1	2,4	2	6,5	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	0	0,0	1	3,2	0	0,0
INDIRECTA	13	15	36,6	10	32,3	9	34,6
Otras causas indirectas	4	6	14,6	2	6,5	4	15,4
Otras causas indirectas: cáncer	2	2	4,9	1	3,2	3	11,5
Otras causas indirectas: neumonía	3	1	2,4	4	12,9	1	3,8
Sepsis no obstétrica	2	3	7,3	1	3,2	1	3,8
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	1	3,2	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	4,9	1	3,2	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	2,4	0	0,0	0	0,0
En estudio	1	1	2,4	1	3,2	1	3,8

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 09 del 2026 se han notificado 1 055 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 049 corresponden a residentes en Colombia y seis (6) a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D. C., Antioquia, Cundinamarca, Cali y Córdoba. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 09 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Cauca, Santander, Norte de Santander, Atlántico, Cartagena de Indias, Chocó, Sucre, Tolima,

Magdalena, Caquetá, Arauca y Casanare (tabla 11).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento estadísticamente significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Granada (Meta), Tunja (Boyacá), Duitama (Boyacá), Ipiales (Nariño), María La Baja (Bolívar), Gachancipá (Cundinamarca), El Rosal (Cundinamarca), Guarne (Antioquia), San Antero (Córdoba), Isnos (Huila), Roberto Payán (Nariño), Montenegro (Quindío), El Cerrito (Valle del Cauca), Restrepo (Valle del Cauca), Belmira (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Puerto López (Meta) y La Esperanza (Norte de Santander) (tabla 12).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 40,9 %, seguido de neonatales tempranas con 28,1 %, neonatales tardías con 18,5 %, y las fetales intraparto con 12,5 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 22,7 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,4 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,0 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 09 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 11. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 09 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 09	Acumulado de casos a SE 09	
		2025	2026
Colombia	1297	975	1049
Bogotá, D.C.	134	119	158
Antioquia	140	121	116
Cundinamarca	71	62	69
Santiago de Cali	52	44	42
Córdoba	63	40	41
Barranquilla	42	24	37
La Guajira	69	40	37
Huila	31	20	34
Valle del Cauca	38	24	34
Cesar	45	40	32
Bolívar	39	32	31
Nariño	39	37	31
Cauca	42	28	29
Meta	31	29	29
Santander	39	31	29
Norte de Santander	35	19	27
Atlántico	44	26	26
Cartagena de Indias	44	32	26
Chocó	33	21	26
Sucre	34	18	25
Boyacá	25	17	22
Tolima	27	17	21
Magdalena	26	26	16
Caldas	19	17	15
Risaralda	19	12	14
Quindío	11	5	13
Buenaventura	15	15	12
Santa Marta	15	8	12
Caquetá	14	9	9
Putumayo	11	7	9
Arauca	14	5	7
Casanare	16	9	7
Vichada	6	7	5
Guainía	4	2	4
Vaupés	2	2	2
Amazonas	4	5	1
San Andrés y Providencia	2	3	1
Guaviare	2	2	0

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

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 09 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 09 2021 - 2025	Valor observado a SE 09 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	1297	1049	-
Granada (Meta)	2	8	4
Tunja (Boyacá)	2	6	6
Duitama (Boyacá)	3	6	2
Ipiates (Nariño)	3	6	1
María La Baja (Bolívar)	2	5	4
Gachancipá (Cundinamarca)	1	4	2
El Rosal (Cundinamarca)	1	4	2
Guarne (Antioquia)	1	3	5
San Antero (Córdoba)	1	3	2
Isnos (Huila)	1	3	5
Roberto Payán (Nariño)	0	3	2
Montenegro (Quindío)	1	3	3
El Cerrito (Valle del Cauca)	1	3	4
Restrepo (Valle del Cauca)	1	3	3
Belmira (Antioquia)	0	2	3
Buriticá (Antioquia)	0	2	3
Puerto López (Meta)	0	2	1
La Esperanza (Norte de Santander)	0	2	2

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

Tabla 13. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 09, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 09, 2024 -2026					
	2024 a SE 09	(%)	2025 a SE 09	(%)	2026 a SE 09	(%)
Colombia	1067	100,0	975	100,0	1049	100,0
Asfixia y causas relacionadas	284	26,6	275	28,2	238	22,7
Prematuridad-inmadurez	156	14,6	161	16,5	183	17,4
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	172	16,1	140	14,4	136	13,0
Sin información	0	0,0	28	2,9	103	9,8
Malformación congénita	89	8,3	83	8,5	93	8,9
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	138	12,9	89	9,1	83	7,9
Infecciones	85	8,0	81	8,3	75	7,1
Otras causas de muerte	70	6,6	60	6,2	63	6,0
Causas no específicas	33	3,1	25	2,6	46	4,4
Trastornos cardiovasculares	29	2,7	23	2,4	22	2,1
Lesión de causa externa	5	0,5	6	0,6	4	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	6	0,6	4	0,4	3	0,3

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



**EVENTOS
TRAZADORES**

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 09 de 2026, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (código INS 995 y código INS 345).

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

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

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

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

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 09. 18 de abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_IRA%202024.pdf

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una variación porcentual positiva en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa, urgencias, hospitalizaciones en sala general y en unidades de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM), en comparación con el periodo anterior; variaciones que no son estadísticamente significativas (variación porcentual >30 % respectivamente) (tabla 14).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 02 a 05 de 2026 y 06 a 09 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 02 a 05 de 2026	SE 06 a 09 de 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	450 945	546 705	21,24%	
Hospitalización en sala general	21 917	23 726	8,25%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 720	2 926	7,57%	

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 09 del 2026 se notificaron 143 398 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en La Guajira, Magdalena, Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Caquetá, Huila, Nariño, San Andrés y Vichada. Las 28 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento en 17 municipios (tabla 15).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica 01 a 09 del 2026

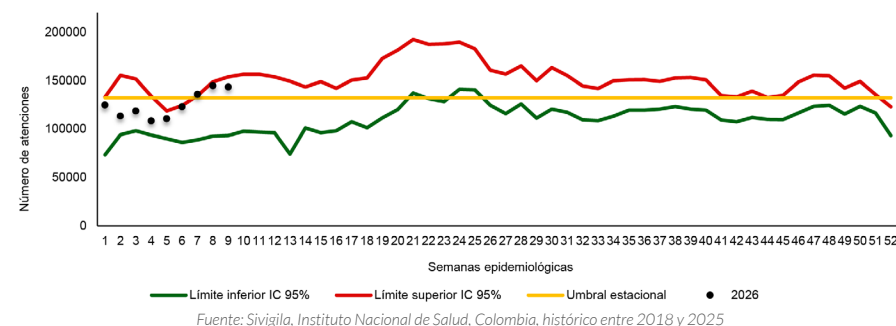
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Bello	11 277	15 273	4 820	7 303
Antioquia	Itagüí	15 375	15 432	5 124	7 180
Atlántico	Soledad	14 180	14 270	5 991	7 152
La Guajira	Maicao	10 499	11 337	3 985	6 153
Cundinamarca	Soacha	10 471	10 929	4 284	5 637
La Guajira	Uribe	7 869	8 610	2 512	4 603
Santander	Barrancabermeja	5 084	7 282	1 171	4 469
Cundinamarca	Chía	8 963	7 789	3 531	3 639
Antioquia	Rionegro	6 206	7 906	2 194	3 413
Antioquia	Envigado	4 183	6 960	1 936	3 097
Santander	Floridablanca	4 119	4 715	1 333	2 372
Antioquia	Apartadó	2 472	4 169	1 187	2 223
Risaralda	Dosquebradas	5 438	5 033	1 755	2 215
Valle del Cauca	Palmira	5 559	4 388	1 714	2 003
Cundinamarca	Zipaquirá	3 364	3 496	1 419	1 816
Magdalena	Ciénaga	4 133	3 590	1 502	1 778
Cundinamarca	Funza	2 648	2 597	854	1 657
Córdoba	Cereté	2 960	3 238	811	1 437
Cundinamarca	Girardot	3 161	2 848	1 368	1 395
Boyacá	Duitama	3 583	2 956	1 851	1 355
Córdoba	Lorica	2 545	2 675	1 041	1 341
Bolívar	Magangué	2 612	3 325	1 093	1 313
Valle del Cauca	Cartago	3 200	2 991	1 224	1 273
Norte de Santander	Ocaña	2 732	2 627	1 127	1 223
Boyacá	Sogamoso	2 729	2 777	1 072	1 204
Cundinamarca	Madrid	2 186	2 052	993	1 173
Cundinamarca	Facatativá	3 130	2 075	1 489	1 071
Cesar	Aguachica	1 705	2 098	907	1 057
Valle del Cauca	Tuluá	2 836	2 031	890	1 041
Valle del Cauca	Yumbo	2 831	2 210	1 070	1 008
Antioquia	Turbo	2 299	2 528	772	961
Santander	Piedecuesta	1 407	1 688	363	919
Casanare	Yopal	1 695	1 643	856	821
Córdoba	Sahagún	4 411	1 693	1 881	815
Norte de Santander	Villa Del Rosario	1 383	1 339	714	706
Huila	Pitalito	1 839	1 419	946	701
Valle del Cauca	Buenaventura	1 222	1 470	622	687
Santander	Girón	1 110	1 214	340	674
Cauca	Santander De Quilichao	1 886	1 425	899	665
Atlántico	Malambo	873	1 345	409	664
Cundinamarca	Mosquera	724	998	446	529
Cauca	Guapi	833	771	172	321
Nariño	La Florida	138	181	32	85

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (06 a 09 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 25,5 % (139 767) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,3 % (110 983). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de 1 año con el 12,1 % y los menores de 2 a 4 años con el 11,5 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 08 de 2026, con valores que superaron el límite superior; no obstante, en la semana epidemiológica 09 se registró una disminución, situándose por debajo de dicho límite (figura 3).

Figura 3. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2026



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

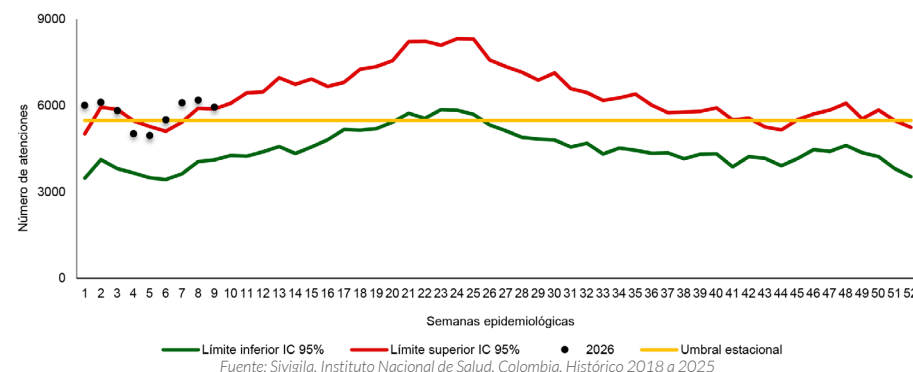
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 09 del 2026 se notificaron 5 939 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, Chocó, Guainía y Huila e incremento en Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, Córdoba, Guaviare, Risaralda, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 19 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (06 a 09 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 453) representaron el 27,2 %, seguido de los menores de 2 a 4 años con el 15,7 % (3 741). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con 28,1 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 24,0 %.

En el canal endémico de la hospitalización por IRA en sala general, las atenciones superaron el límite superior durante las semanas epidemiológicas 06 a 08 de 2026; a partir de la semana epidemiológica 09 se registró una tendencia descendente, situándose por debajo de dicho límite (figura 4).

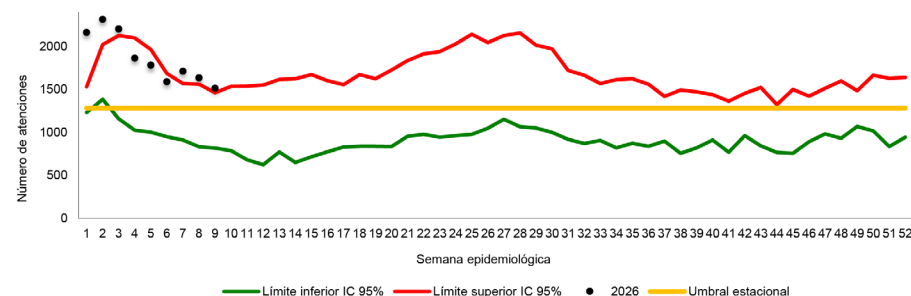
Figura 4. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2026



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

En la semana epidemiológica 09 del 2026, se notificaron 1 515 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 01 a 03 de 2026 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior. Entre las semanas epidemiológicas 04 y 06 se registró una tendencia descendente, con valores dentro de los límites esperados, no obstante, entre las semanas 07 y 09 se presentó un nuevo incremento que superó el límite superior (figura 5).

Figura 5. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 09 de 2026



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

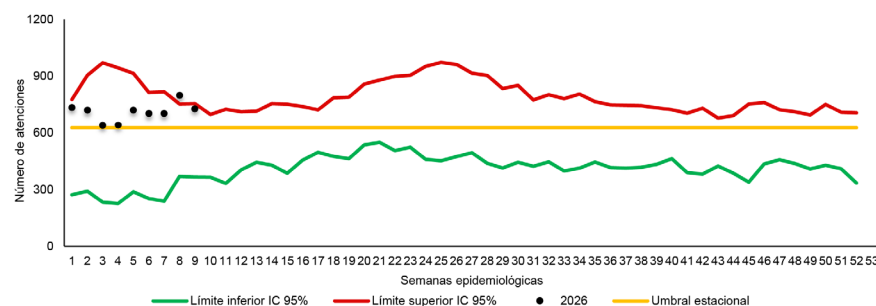
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 09 del 2026 se notificaron 727 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Atlántico, Arauca, Santiago de Cali, Casanare, La Guajira, Quindío y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Bolívar, Caquetá, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta y Nariño. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (06 a 09 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 35,1 % (1 028), seguido de los menores de 1 año con el 18,3 % (536) de las hospitalizaciones en este servicio. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de 2 a 4 años con el 24,8 % seguido de los niños de 1 año con el 23,0 %.

En el canal endémico de las hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 03 a 07 de 2026 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del umbral estacional, con una tendencia ascendente sostenida que alcanzó el límite superior en la semana 08, seguido de un descenso en la semana epidemiológica 09, situándose por debajo de dicho límite (figura 6).

Figura 6. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2026

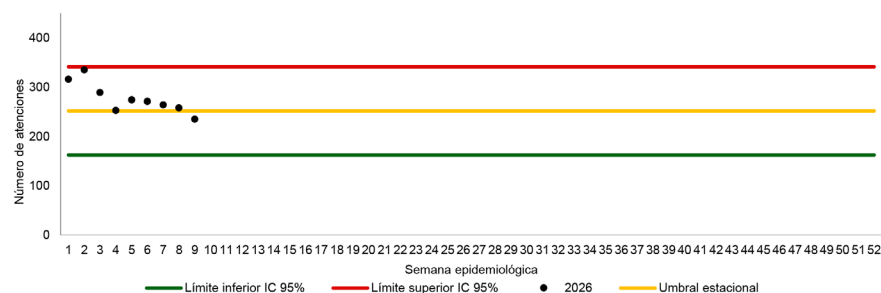


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 09 del 2026, se notificaron 235 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad las hospitalizaciones se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 de 2026; no obstante, en la semana epidemiológica 09 se registró un descenso, situándose por debajo de dicho umbral (figura 7).

Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 09 de 2026



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

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual positiva en la notificación de las atenciones de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias, hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior. Los grupos de edad con las mayores proporciones en los tres servicios vigilados son los menores de 5 años y mayores de 60 años. Frente a las atenciones por IRA, los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM se ubicaron por debajo del límite superior; no obstante, la hospitalización en sala general se ubicó por encima del límite superior en semana epidemiológica 09 de 2026.

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

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

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

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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas continuó estabilizándose, siguiendo una tendencia descendente sostenida. La influenza A(H3N2) predominó entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina, donde cocirculo A(H1N1) pdm09 y A(H3N2) y Centroamérica con circulación e A(H1N1) pdm09. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en la región excepto la subregión Caribe. Con relación a SARS-CoV2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia una tendencia decreciente en la región. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 09, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un decremento general de la positividad con aumento para rinovirus y VSR. Al decremento Influenza A con predominio del subtipo (H1N1), los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 16). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud (tabla 16).

21

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2026

Agente viral identificado	SE 02 a 05 de 2026			SE 06 a 09 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	58,4	62,9	53,3	56,2	59,8	38,5	
Rinovirus	15,5	16,4	12,2	21,7	20,6	10,0	
Virus sincitial respiratorio	18,5	29,7	2,0	23,9	35,1	15,0	
Enterovirus	4,3	2,1	8,2	7,1	4,6	-	
Adenovirus	5,5	6,7	-	5,8	5,3	5,0	
Influenza B	-	-	-	1,8	-	5,0	
Influenza A	21,3	12,3	32,6	11,5	9,2	25,0	
Parainfluenza	8,5	10,3	8,2	10,2	14,5	5,0	
Metapneumovirus	6,7	7,2	8,2	4,9	4,6	10,0	
A(H1N1)pdm09	10,6	7,2	18,4	2,2	1,5	5,0	
SARS-CoV2	1,5	1,5	4,1	1,8	0,8	5,0	
A(H3N2)	5,5	3,6	6,1	5,3	1,5	5,0	
Coronavirus	2,1	3,1	-	4,0	2,3	10,0	

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
SE: semana epidemiológica

Referencias

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

COVID-19

Metodología

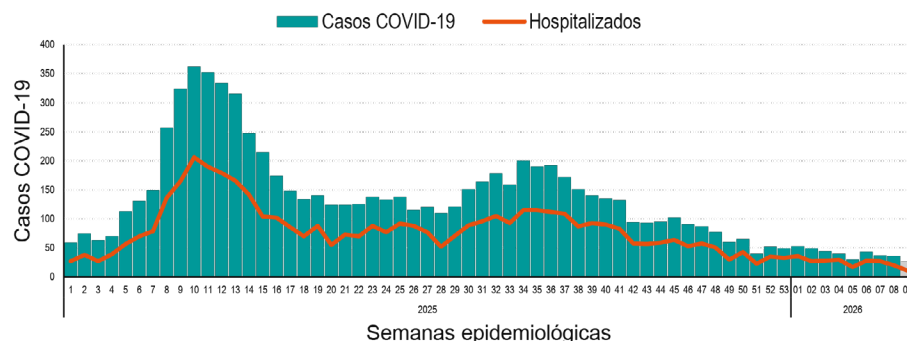
Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 09 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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

El análisis del comportamiento se realiza comparando los casos confirmados de COVID-19. Se evaluaron los comportamientos inusuales por departamentos y municipios mediante la comparación de cuatro semanas previas y actuales. Interpretación: incremento (razón superior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) decremento (razón inferior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$)) y sin cambio (razón igual a 1 o inferior a 1 o superior a 1 sin significancia estadística ($p > 0,05$)).

En lo corrido del 2026, semana epidemiológica (SE) 01 a 09, con corte al 07 de marzo (SE 09) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado al Sivigila un total de 358 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En las últimas cuatro semanas (SE 06 a 09 de 2026), se observó una disminución del 12,9 %, con 142 casos registrados en comparación con el periodo anterior (SE 02 a 05 de 2026), en el cual se reportaron 163 casos. En las hospitalizaciones se presentó una disminución del 15,7 %, pasando de 102 casos reportados con requerimiento de hospitalización a 86 casos en el periodo analizado. En comparación con el mismo periodo del año anterior (SE 01 a 09 de 2025), los casos notificados en 2026 muestran una tendencia menor, como se observa en la figura 8.

Figura 8. Comportamiento temporal de casos de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 09 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 09 de 2026
*SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (SE 06 a 09 de 2026), se registró una incidencia de 0,2 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 18 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 49 municipios.

En comparación con el periodo anterior (SE 02 a 05 de 2026), se observa un aumento en la notificación de casos de COVID-19 en los niveles departamental y distrital en: Valle del Cauca, Sucre y Bogotá D.C., y a nivel municipal en: Soacha (Cundinamarca) y Sincelejo (Sucre).

Entre el periodo anterior (SE 02 a 05 de 2026) y actual (SE 06 a 09 de 2026) se observa una disminución de los casos de COVID-19 en los grupos de edad de 60 a 69 años (-70,6 %), seguido del grupo de 20 a 29 años (-69,2 %) y un año (-66,7 %). En contraste, se registró un aumento en el grupo de 5 a 9 años (140,0 %), 2 a 4 años (25,0 %), 70 a 79 años (25,0 %), 90 a 99 años (14,7 %), menor de 1 año (11,1 %) y 10 a 19 años (9,1 %) (tabla 17).

Tabla 17. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (02 a 09 de 2026)

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 02 a 05 2026	SE 06-09 2026		
Menor de un año	9	10	11,1	↗
1 año	15	5	-66,7	↘
2 a 4 años	16	20	25,0	↗
5 a 9 años	5	12	140,0	↗
10 a 19 años	11	12	9,1	↗
20 a 29 años	13	4	-69,2	↘
30 a 39 años	10	7	-30,0	↘
40 a 49 años	12	12	0,0	↔
50 a 59 años	14	8	-42,9	↘
60 a 69 años	17	5	-70,6	↘
70 a 79 años	4	5	25,0	↗
80 a 89 años	3	3	0,0	↔
90 a 99 años	34	39	14,7	↗
Mayor de 100 años	0	0	0,0	↔
Total	163	142	-12,9	↘

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, SE 02 a 09 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 09 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 09 del 2025 se notificaron 2 905 casos de dengue: 2 254 casos de esta semana y 651 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 20 829 casos, 12 654 (60,8 %) sin signos de alarma, 7 964 (38,2 %) con signos de alarma y 211 (1,0 %) de dengue grave.

El 57,5 % (11 971) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Cartagena de Indias, Norte de Santander, Santander, Bolívar, La Guajira y Tolima (tabla 18).

Tabla 18. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 09 del 2026

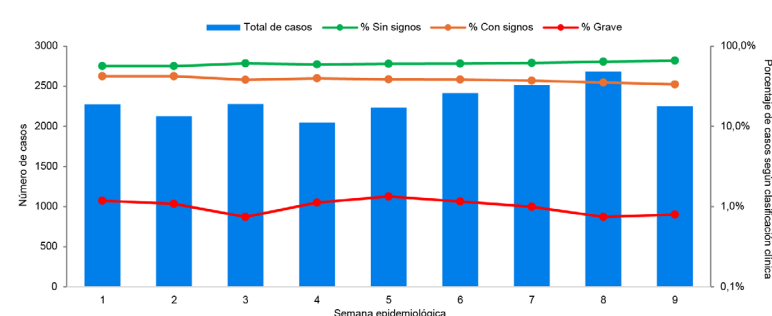
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 01 - 04 2026)	Observado (SE 05-08 2026)
Meta	2 055	30.0	1.2	719	1 036
Cesar	1 907	57.2	0.4	846	872
Cartagena de Indias	1 652	20.9	0.7	857	683
Norte de Santander	1 618	35.8	1.4	609	855
Santander	1 481	33.4	0.5	576	760
Bolívar	1 126	37.5	1.5	393	609
La Guajira	1 089	56.2	1.7	505	482
Tolima	1 043	33.3	2.3	393	537
Barranquilla	1 009	41.2	0.8	549	365
Magdalena	990	54.1	0.5	402	475
Santa Marta	983	39.5	0.2	545	369
Antioquia	858	36.1	0.9	407	379
Córdoba	773	43.1	0.9	332	366
Atlántico	763	46.5	0.9	367	322
Arauca	354	38.4	0.3	124	189
Huila	334	38.3	3.0	88	161
Cundinamarca	327	35.5	1.2	133	157
Valle del Cauca	321	29.9	0.9	125	160
Sucre	314	47.1	0.3	150	136
Santiago de Cali	309	31.1	1.0	136	140
Putumayo	218	18.8	1.4	41	120
Amazonas	208	10.6	0.0	78	112
Guaviare	205	9.8	1.0	15	120
Chocó	158	26.6	1.3	98	51
Casanare	150	41.3	0.7	31	84
Nariño	111	38.7	0.9	41	55
Quindío	93	24.7	2.2	37	49
Caquetá	88	50.0	4.5	32	40
Exterior	53	39.6	3.8	24	26
Cauca	49	32.7	2.0	19	26
Boyacá	45	51.1	0.0	11	32
Risaralda	45	33.3	0.0	13	24
Vichada	26	23.1	0.0	8	15
Caldas	26	46.2	0.0	12	8
Buenaventura	25	28.0	0.0	10	14
Vaupés	18	0.0	0.0	1	15
Archipiélago de San Andrés	4	25.0	0.0	0	3
Guainía	1	0.0	0.0	1	0
Total	20 829	38,2	1,0	8 728	9 847

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

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 05 a 08 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Arauca, Bolívar, Boyacá, Casanare, Cauca, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima, Vaupés y Vichada; mientras que, Barranquilla, Chocó y Santa Marta, presentaron una tendencia al descenso superior al 30,0 %; las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 18).

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39,2 % a nivel nacional (figura 9); 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 05 a 08 de 2026) fueron: Caquetá, Cesar, Magdalena y La Guajira.

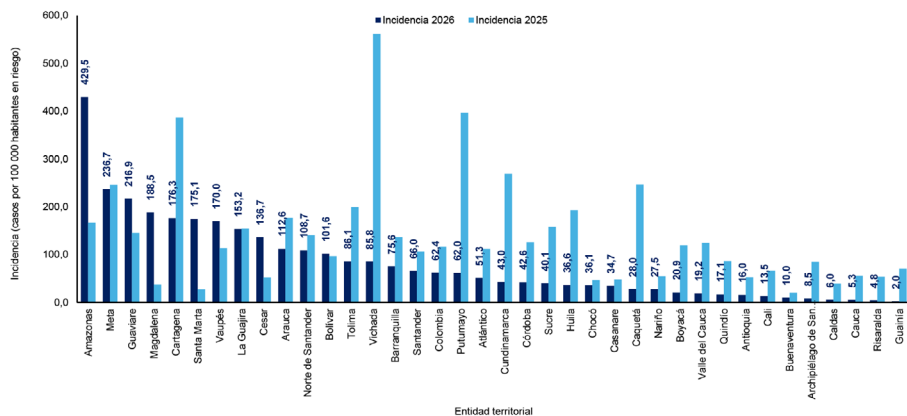
Figura 9. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 09, 2026



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

A semana epidemiológica 09 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 62,4 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 117,1 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Amazonas, Meta, Guaviare, Magdalena, Cartagena de Indias, Santa Marta y Vaupés presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 09 del 2026 registrando tasas superiores a 170 casos por 100 000 habitantes (figura 10). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 127,5 casos por 100 000 habitantes.

Figura 10. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 09 del 2025 y 2026



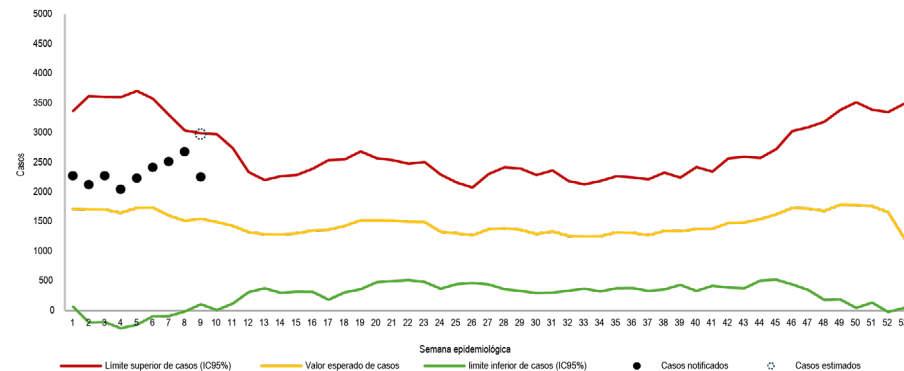
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 09 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 12,8 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 05 a 08 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 01 a 04 de 2026) (figura 11).

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 40,6 % (15) está dentro de lo esperado, el 21,6 % (8) se encuentra en situación de alerta y el 37,8 % (14) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 19).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 09 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 13,8 % (114) 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 24,5 % (14/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

Figura 11. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 09 del 2026.



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

Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 09 del 2026

Situación epidemiológica a SE 09, 2026	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de marzo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Amazonas	Guaviare, Meta	Arauca, Atlántico, Bolívar, Cartagena de Indias D. T., Cesar, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta, Santander, Vichada
Alerta	-	Chocó, Quindío, Nariño	Antioquia, Barranquilla., Córdoba, Tolima, Vaupés
Dentro de lo esperado	Boyacá, Santiago de Cali D. E., Caquetá, Guainía, Putumayo	Buenaventura D. E., Caldas, Casanare, Cauca, Huila, Risaralda, Valle del Cauca	Cundinamarca, Archipiélago de San Andrés y Providencia., Sucre

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

Tabla 20. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 09 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Variación último periodo	
				Esperado (SE 01 - 04 2026)	Observado (SE 05-08 2026)
Atlántico	Sabanalarga	68	70	40	28
Bolívar	Cartagena	157	1652	857	683
Cesar	Valledupar	143	789	343	368
Córdoba	Cereté	51	56	21	27
La Guajira	Riohacha	181	380	223	141
	Maicao	113	216	93	105
Santa Marta	Santa Marta	178	983	545	369
Magdalena	Ciénaga	160	204	67	114
Meta	Villavicencio	312	1592	565	805
Norte de Santander	Cúcuta	114	869	285	491
	Ocaña	80	95	40	46
Santander	Bucaramanga	75	463	172	246
	Barrancabermeja	102	218	92	107
Arauca	Arauca	52	52	13	34

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

A semana epidemiológica 09 del 2026, se han notificado 61 muertes probables por dengue las cuales se han confirmado cuatro (4) casos, se han descartado 15 casos y se encuentran en estudio 42 casos, de los cuales un (1) caso procede del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,02 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 35 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 21).

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 09, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 09, 2026	Letalidad por dengue a SE 09, 2025
	Confirmados	En estudio		
Atlántico	1	1	0.13	0.12
Magdalena	1	0	0.10	0.00
La Guajira	1	5	0.09	0.00
Norte de Santander	1	1	0.06	0.05
Tolima	0	5	0.00	0.04
Meta	0	4	0.00	0.14
Santander	0	4	0.00	0.08
Córdoba	0	3	0.00	0.13
Valle del Cauca	0	3	0.00	0.00
Antioquia	0	2	0.00	0.14
Caquetá	0	2	0.00	0.00
Putumayo	0	2	0.00	0.00
Quindío	0	2	0.00	0.00
Arauca	0	1	0.00	0.18
Bolívar	0	1	0.00	0.09
Santiago de Cali	0	1	0.00	0.13
Casanare	0	1	0.00	0.00
Cesar	0	1	0.00	0.00
Huila	0	1	0.00	0.11
Sucre	0	1	0.00	0.08
Colombia	4	40	0,02	0,09

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

*No se toman en cuenta los casos procedentes del exterior

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 09 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 igual a 1 600 msnm. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

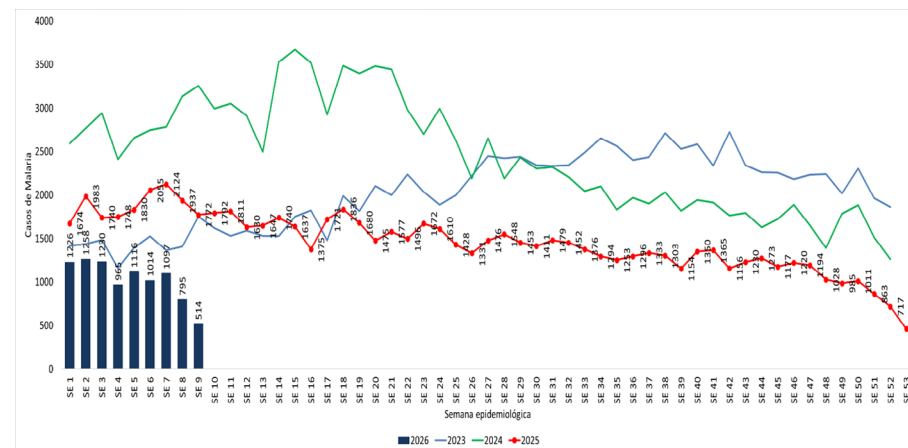
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución de la malaria (figura 12).

Figura 12. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 09 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 09 del 2026 se notificaron 946 casos de malaria, para un acumulado de 9 215 casos, de los cuales 9 039 son de malaria no complicada y 176 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 78,3 % (7 216), seguido de *Plasmodium falciparum* con 20,6 % (1 899) e infección mixta con 1,1 % (100). 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 (21,6 %), Antioquia (14,1 %), Córdoba (9,6 %), Guainía (7,9 %), Nariño (5,5 %), Amazonas (5,3 %), Meta (3,7), Risaralda (3,5 %), Bolívar (2,9 %), Vaupés (2,7 %), Vichada (2,6 %), Guaviare (2,2 %) y Cauca (2,0 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 69,7 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 02 y 05 2026	Casos SE 06 a 09 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	689	352	243	18,17
Córdoba	Tierralta	597	296	214	5,98
Antioquia	El Bagre	337	143	158	5,99
Meta	Puerto Gaitán	311	159	117	6,74
Chocó	Bagadó	288	121	138	24,32
Risaralda	Pueblo Rico	286	197	46	17,03
Chocó	Lloró	278	127	94	26,20
Chocó	Quibdó	225	123	67	1,56
Vaupés	Mitú	207	112	72	8,52
Vichada	Puerto Carreño	205	91	97	9,07
Amazonas	La Pedrera (CD)	199	97	64	46,78
Amazonas	Tarapacá (CD)	175	78	66	40,00
Chocó	Istmina	171	89	58	5,06
Buenaventura	Buenaventura	168	63	85	0,52
Bolívar	Montecristo	160	65	78	8,71
Chocó	Medio San Juan	155	85	46	13,18
Córdoba	Puerto Libertador	154	87	49	3,39
Chocó	Carmen del Darién	124	75	34	5,60
Nariño	El Charco	118	52	52	5,08
Antioquia	Cáceres	115	38	61	3,69
Cauca	Guapi	112	63	35	3,79
Antioquia	Turbo	111	59	39	0,83
Guaviare	San José del Guaviare	109	58	34	1,72
Norte de Santander	Tibú	108	64	30	1,74
Chocó	Alto Baudó	104	48	41	3,33
Antioquia	Nechí	101	41	46	3,62
Chocó	Juradó	95	72	13	12,61
Nariño	Olaya Herrera	95	36	40	3,59
Chocó	Tadó	91	39	42	4,52
Chocó	El Cantón del San Pablo	90	44	33	13,03
Antioquia	Chigorodó	87	38	39	1,40
Chocó	Río Quito	87	50	34	9,50
Chocó	Bajo Baudó	84	36	31	2,48
Antioquia	Zaragoza	82	36	31	3,13

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 69,7% de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 51,7 % de los casos. En comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, Pueblo Rico, Puerto Gaitán, Mitú, La Pedrera (CD), Lloró, Puerto Libertador y Carmen del Darien y en incremento los municipios de El Bagre, Bagadó, Puerto Carreño, Montecristo, Tarapacá y Cáceres (tabla 23). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 59,7 %. En este grupo se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Guapi, Istmina, Lloró, Inírida, Tierralta, Río Quito, Medio San Juan, Puerto Gaitán, Magüi y Tadó y en incremento los municipios de Buenaventura y Bagadó como se muestra en la tabla 24.

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 09 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	318	218	-31%	8,8%
Córdoba	Tierralta	262	195	-26%	7,5%
Antioquia	El Bagre	136	142	4%	4,4%
Risaralda	Pueblo Rico	181	41	-77%	3,7%
Meta	Puerto Gaitán	127	97	-24%	3,6%
Chocó	Bagadó	96	100	4%	3,1%
Vichada	Puerto Carreño	89	94	6%	2,8%
Vaupés	Mitú	108	71	-34%	2,8%
Amazonas	La Pedrera (CD)	95	64	-33%	2,7%
Chocó	Lloró	94	60	-36%	2,7%
Bolívar	Montecristo	62	76	23%	2,2%
Córdoba	Puerto Libertador	87	49	-44%	2,2%
Amazonas	Tarapacá (CD)	57	58	2%	2,0%
Chocó	Carmen del Darien	65	31	-52%	1,6%
Antioquia	Cáceres	36	59	64%	1,6%

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

SE: semana epidemiológica

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 09 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 02 a 05 2026	Casos SE 06 a 09 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	65	32	-51%	6,2%
Buenaventura	Buenaventura	44	55	25%	5,9%
Nariño	El Charco	46	46	0%	5,6%
Cauca	Guapi	58	32	-45%	5,5%
Chocó	Istmina	55	26	-53%	4,8%
Chocó	Lloró	32	28	-13%	4,0%
Cauca	Timbiquí	35	33	-6%	3,9%
Chocó	Bagadó	25	36	44%	3,6%
Guainía	Inírida	31	24	-23%	3,4%
Córdoba	Tierralta	31	18	-42%	3,2%
Chocó	Río Quito	36	21	-42%	3,2%
Chocó	Medio San Juan	36	11	-69%	3,2%
Meta	Puerto Gaitán	31	20	-35%	2,9%
Nariño	Magüí	26	13	-50%	2,8%
Chocó	Tadó	19	14	-26%	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 09 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran siete departamentos en situación de incremento y ocho departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 36 municipios en incremento y 77 municipios en decremento (tabla 25).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 09 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 09 2025	Acumulado 2026	SE 09 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	358	43	180	9	32	68
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	90	6	0	14
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	16	0	201	3	28	64
Antioquia	Vegachí	4	1	0	4	0	0	2
Antioquia	Cáceres	4	90	16	116	0	41	61
Antioquia	Nechí	5	191	16	101	12	20	46
Antioquia	Yondó	4	12	0	23	0	2	6
Antioquia	Caucasia	4	52	5	49	2	12	17
Arauca	Tame	4	0	0	2	0	0	2
Arauca	Saravena	4	139	7	34	4	1	19
Arauca	Fortul	4	7	1	11	0	0	4
Bolívar	Achí	4	4	1	12	0	2	6
Bolívar	Montecristo	5	212	26	171	16	45	81
Boyacá	Cubará	4	208	30	50	4	0	19
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	7	2	15	0	1	7
Caquetá	Solano	4	12	1	10	0	0	2
Caquetá	Puerto Rico	4	1	0	3	0	0	3
Caquetá	Florencia	4	76	9	28	1	2	12
Casanare	Maní	3	0	0	7	0	0	6
Cauca	Puerto Tejada	4	0	0	2	0	0	2
Chocó	Belén de Bajirá	5	34	2	81	9	16	36
Córdoba	Tuchín	4	16	1	28	3	3	11
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	3	0	14	2	2	8
Guainía	Barrancominas	4	12	1	55	0	11	46
Guaviare	Calamar	4	26	5	44	2	12	22
Meta	Puerto Concordia	4	9	3	12	1	3	8
Meta	Puerto Rico	4	32	12	9	2	1	7
Meta	Puerto Gaitán	4	16	4	317	16	16	119
Meta	Puerto López	4	28	2	3	2	0	3
Meta	Villavicencio	4	9	1	16	0	1	5
Putumayo	Puerto Leguizamo	4	8	1	22	1	2	8
Risaralda	La Virginia	4	31	6	15	0	0	4
Valle del Cauca	Florida	4	0	0	6	1	0	2
Vaupés	Taraira	5	11	1	39	0	3	6
Vichada	Puerto Carreño	4	75	12	210	19	11	99
Vichada	La Primavera	4	3	0	5	0	1	3

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

- **Desnutrición aguda moderada:** se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, dado que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas.
- **Desnutrición aguda severa:** se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -3 DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca. La desnutrición aguda severa puede presentar fenotipos clínicos que son el kwashiorkor, marasmo y marasmo-kwashiorkor.

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

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

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

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

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (10 de 2025 a 09 de 2026) es de 0,54 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena (tabla 26).

El 82,8 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 17,2 % como desnutrición aguda severa. En los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,7 % presentó un perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se notificó en los menores de 1 año de edad (27,3 %) y de 1 año (26,9 %). Según el área de residencia, el 66,0 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 09 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación de casos de desnutrición aguda en el distrito de Santa Marta y en los departamentos de Córdoba, Barranquilla, Vichada, Guaviare, Vaupés y Guainía; el nivel nacional presenta un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 196 municipios a nivel nacional (17,4 %) y de disminución en 34 municipios (3,0 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 22 municipios (tabla 27).

A semana epidemiológica 09 del 2026, se han notificado 3 694 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 3 678 corresponden a residentes en Colombia y 16 casos de residentes en el exterior.

Tabla 26. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 09, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 09 de 2025	Casos a SE 09 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	3878	3678	0,54	17,4	3,0
La Guajira	347	320	1,54	6,7	6,7
Vichada	29	21	1,17	0,0	25,0
Chocó	204	147	1,14	29,0	12,9
Magdalena	106	95	0,82	20,7	6,9
Guaviare	16	16	0,80	25,0	25,0
Risaralda	76	86	0,76	21,4	0,0
Arauca	51	45	0,66	42,9	42,9
Casanare	32	52	0,66	5,3	5,3
Cartagena de Indias	85	81	0,65	0,0	0,0
Boyacá	83	97	0,60	13,8	0,0
Amazonas	12	7	0,60	9,1	0,0
Cesar	191	127	0,59	16,0	12,0
Antioquia	597	547	0,58	24,8	0,8
Norte Santander	115	98	0,57	15,0	2,5
Bogotá, D.C	513	512	0,57	0,0	0,0
Vaupés	9	5	0,56	0,0	16,7
Bolívar	94	106	0,55	33,3	4,4
Nariño	124	131	0,52	14,1	1,6
Cundinamarca	208	214	0,50	12,9	0,9
Guainía	7	4	0,49	0,0	11,1
Putumayo	50	43	0,48	7,7	0,0
Valle	98	120	0,48	27,5	0,0
Buenaventura	33	23	0,47	0,0	0,0
Santiago de Cali	105	93	0,45	0,0	0,0
Meta	79	87	0,45	24,1	0,0
Sucre	79	66	0,43	26,9	3,8
Huila	82	81	0,42	16,2	2,7
Santa Marta	29	22	0,39	100,0	0,0
Barranquilla	24	23	0,38	0,0	100,0
Tolima	59	72	0,38	12,8	0,0
Caquetá	23	36	0,37	31,3	6,3
Caldas	27	33	0,33	14,8	0,0
Atlántico	35	53	0,30	30,4	0,0
Quindío	8	19	0,29	16,7	0,0
Santander	103	74	0,29	12,6	2,3
Córdoba	101	75	0,28	10,0	6,7
Cauca	44	44	0,25	7,1	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	3	0,18	0,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 10 de 2025 a SE 9 de 2026.

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

Tabla 27. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 09 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	57	37
Córdoba	Montería	39	25
Atlántico	Soledad	15	23
Tolima	Ibagué	10	23
Bolívar	Magangué	13	19
Caquetá	Florencia	11	19
Valle del Cauca	Jamundí	10	18
Antioquia	Turbo	12	17
Sucre	Sincelejo	8	17
Valle del Cauca	Tuluá	3	15
Antioquia	Rionegro	7	14
Santander	Bucaramanga	22	14
Antioquia	Itagüí	8	13
Cesar	Aguachica	6	12
Valle del Cauca	Cartago	5	12
Arauca	Arauca	17	11
Antioquia	Envigado	4	9
Antioquia	Apartadó	13	4
Cundinamarca	Girardot	9	2
Magdalena	Ciénaga	10	2
Córdoba	Lorica	5	1
Norte de Santander	Villa del Rosario	8	1

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

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

Tos ferina

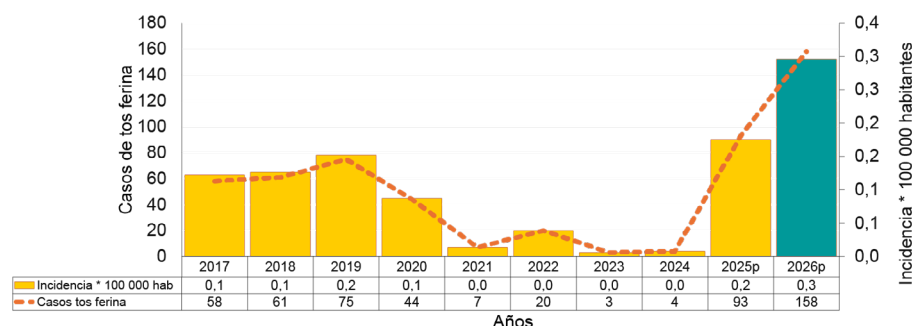
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 08 de 2026

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

Durante la semana epidemiológica (SE) 08 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 931 casos probables de tos ferina; de estos, el 17,0 % (158) se confirmó y corresponde a casos con procedencia de Colombia, el 48,4 % (451) corresponde a casos descartados y el 34,6 % (322) se encuentra en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante semana epidemiológica (SE) 08 es de 0,3 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos correspondientes a la misma semana en años anteriores, se evidencia un incremento sostenido en el número de casos notificados donde la incidencia no superó el 0,2 casos por cada 100 000 habitantes en 2025 (figura 13).

Figura 13. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 08, 2017 a 2026p

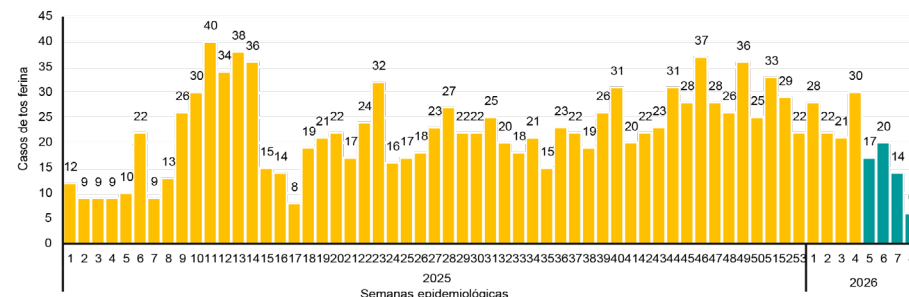


Fuente: Sivigila 2017 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 14 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (SE 01 a 53), lo que evidencia un incremento progresivo a partir de la semana 06, con un pico máximo en la SE 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa, aunque con repuntes en las semanas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos), 49 (36 casos) de 2025 y 04 (30 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas se registra una reducción del 43,6 %, al pasar de 101 casos (SE 01 a 04 de 2026) a 57 casos (SE 05 a 08 de 2026). Es importante señalar que estos datos están sujetos a modificaciones debido al rezago inherente al proceso de confirmación de casos.

Figura 14. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 08 de 2026p



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

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 08, de 2019 a 2026p

El mayor número de casos se registró en Bogotá, D.C. con una incidencia de 0,3 casos por cada 100 000 habitantes (26), le siguen Antioquia con 0,3 (24), Cartagena de Indias con 2,0 (20) y Santander con 0,3 casos por cada 100 000 habitantes (10).

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

Tabla 28. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia hasta la semana epidemiológica 08, (2019 a 2026p)

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3		158
Bogotá, D.C.	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3		26
Antioquia	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3		24
Cartagena de Indias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0		20
Santander	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3		10
Risaralda	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,7		8
Casanare	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7		7
Cesar	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4		6
Norte de Santander	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4		6
Chocó	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,7	0,7		5
Cundinamarca	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1		5
Bolívar	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3		4
Boyacá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3		4
Barranquilla	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3		4
Cauca	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2		4
Santiago de Cali	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2		4
La Guajira	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,4		3
Atlántico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1		3
Vaupés	32,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5		2
Huila	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,2		2
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0		2
Valle del Cauca	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1		2
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6		1
Arauca	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		1
Putumayo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3		1
Santa Marta	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2		1
Sucre	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1		1
Caldas	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1		1
Tolima	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1		1

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

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,1 casos por cada 100 000 habitantes (57 casos). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas (SE 05 a 08 de 2026) en: Casanare, Arauca, Norte de Santander, Valle del Cauca y Caldas (tabla 29).

Tabla 29. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia, por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas 05 a 08 de 2026

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 53 de 2025 y SE 01 a 03 de 2026)	Casos PE actual (SE 04 a 07 de 2026)	Incidencia PE anterior (SE 53 de 2025 y SE 01 a 03 de 2026)	Casos pe actual (SE 02 a 07 de 2026)	Tendencia
Colombia	101	57	0,2	0,1	
Casanare	3	4	0,6	0,8	
Arauca	0	1	0,0	0,4	
Norte de Santander	2	4	0,1	0,2	
Valle del Cauca	0	2	0,0	0,1	
Caldas	0	1	0,0	0,1	
Cartagena de Indias	14	6	1,4	0,6	
Chocó	3	2	0,5	0,3	
Antioquia	16	8	0,2	0,1	
Risaralda	7	1	0,7	0,1	
Bolívar	3	1	0,2	0,1	
Boyacá	3	1	0,2	0,1	
Cauca	3	1	0,2	0,1	
Santiago de Cali	3	1	0,1	0,0	
Cesar	6	0	0,4	0,0	
Huila	2	0	0,2	0,0	
La Guajira	3	0	0,3	0,0	
Santa Marta	1	0	0,2	0,0	
Sucre	1	0	0,1	0,0	
Tolima	1	0	0,1	0,0	
Putumayo	1	0	0,3	0,0	
Vaupés	2	0	4,5	0,0	
Vichada	1	0	0,7	0,0	

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

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

En 2026 (SE 08), se identificaron 35 casos confirmados de tos ferina en población indígena distribuidos así: Santander (7), Antioquia (5), Risaralda, Casanare y Chocó (4), Cauca (n3), Vaupés y Norte de Santander (n = 2), Boyacá, Cesar, Vichada, Caldas con un caso. Los brotes en seguimiento se detallan en la tabla 30.

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

Entidad territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		35		
Casanare	Paz de Ariporo	4	23/02/2026	6/04/2026
Santander	Concepción	2	23/02/2026	7/04/2026
Santander	Cerrito	5	19/02/2026	2/04/2026
Caldas	Aranzazu	1	19/02/2026	2/04/2026
Norte de Santander	Chitagá	2	10/02/2026	24/03/2026
Chocó	Carmen del Darién	2	6/02/2026	20/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	6/02/2026	20/03/2026
Antioquia	Dabeiba	5	1/02/2026	15/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	1	26/01/2026	9/03/2026
Cesar	Agustín Codazzi	1	26/01/2026	9/03/2026
Vichada	Cumaribo	1	24/01/2026	7/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	4/03/2026
Cauca	Toribio	1	16/01/2026	27/02/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026
Vaupés	Mitú	2	6/01/2026	17/02/2026

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



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual fiebre amarilla nacional, 10 de marzo de 2026

En 2024 se confirmaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos, (letalidad 56,5 %). En 2025 se confirmaron 125 casos procedentes de Colombia y tres (3) procedentes del exterior [1] con 46 fallecimientos (letalidad 36,8 %)[2].

Para 2026, a corte del 10 de marzo (datos preliminares), se han notificado 347 casos probables, 28 casos confirmados (27 casos por laboratorio y uno (1) por nexos epidemiológicos) con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero hasta el 28 de febrero. Todos procedentes del Tolima. Se han notificado 14 muertes probables, con 11 confirmados y tres (3) en estudio, para una letalidad de 39,3 % (11/28).

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 176 casos de fiebre amarilla, concentrados en 10 departamentos de Colombia (Tolima Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare).

Adicionalmente, se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela).

Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 70 casos y tres (3) se encuentran en estudio (letalidad del 39,7 %). Entre el 03 y 10 de marzo de 2026 se han confirmado tres (3) casos de fiebre amarilla, de procedencia Tolima en los municipios de: Chaparral, Ortega y Cunday (un caso fallecido en estudio).

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

Nota aclaratoria: los casos de eventos transmitidos por vectores en la semana epidemiológica se calculan según fecha de inicio de síntomas. La semana epidemiológica 53 de 2025 va desde el 28 de diciembre de 2025 al 03 de enero de 2026 y la semana epidemiológica 01 de 2026 va del 04 al 10 de enero de 2026.

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, 11 de marzo de 2026

Desde el 31 de enero de 2026, Córdoba enfrenta un evento hidrometeorológico severo por frente frío en el Caribe, por lo que se mantiene alerta roja en las cuencas de los ríos Sinú, San Jorge y Canalete, con creciente del río Sinú y riesgo de aumentos de caudal.

El 05 de marzo de 2026 el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) reportó reducción de alertas rojas por deslizamientos, la hidroeléctrica de Urrá reportó disminución en el nivel del embalse y la alerta pasó de roja a naranja. En las cuencas de los ríos Sinú y San Jorge, los niveles de agua se mantienen estables dentro de rangos de vigilancia, mientras que la Ciénaga de Ayapel presenta un nivel elevado. En conjunto, la situación indica disminución de riesgo inmediato, pero requiere seguimiento continuo.

En la semana epidemiológica (SE) 08 se mantienen activos 54 alojamientos temporales de emergencia (ATE) con 9 962 personas alojadas, 65 gestantes, 137 menores de 6 meses y 886 mayores de 60 años.

Se evidencia que varios municipios no disponen de agua apta para el consumo directo y los sistemas de tratamiento son insuficientes o inexistentes, dependiendo de fuentes naturales como ríos, quebradas y lluvias.

Adicionalmente se presentan dificultades en la continuidad del servicio eléctrico y en el manejo adecuado de excretas y residuos sólidos, con prácticas como la incineración o la disposición en campo abierto en algunos municipios.

La presencia constante de animales domésticos y de vectores como roedores y mosquitos es común en los diferentes municipios y puede favorecer la aparición de enfermedades.

Durante la SE 08 de 2026 se identificaron comportamientos inusuales en eventos priorizados en varios municipios del departamento.

Tabla 31. Municipios con comportamiento inusual en eventos de salud pública priorizados, asociados a la emergencia climática por frente frío en Córdoba, semana epidemiológica 08 de 2026

Accidente ofídico	Ayapel, Montería, Los Córdoba, La Apartada, Canalete, Puerto Escondido, San José de Uré, Buenavista	8
Dengue grave y dengue con signos de alarma	Ayapel, Tierralta, Montelíbano, Cereté, Moñitos, San Antero, San Pelayo, Puerto Libertador	8
Desnutrición	Tuchín, Puerto Escondido, Pueblo Nuevo	3
Intento de suicidio	Cereté	1
Malaria	Tuchín	1
APTR	Lorica, San Pelayo	2
Morbilidad materna extrema	San José de Uré, San Bernardo del Viento, San Antero	3
IRAG inusitado	San Antero	1
Morbilidad por IRA – hospitalizaciones (sala general)	Lorica	1
Morbilidad por IRA – consulta externa y urgencias	Ayapel, Chimá, Tierralta, Canalete, Cereté, Ciénaga de Oro, Moñitos, Pueblo Nuevo, Puerto Libertador	9
Tuberculosis	Montería, Lorica, Ciénaga de Oro	3
Violencia de género e intrafamiliar	San José de Uré, Moñitos, San Antero	3
Morbilidad por EDA	Ayapel, Montería, Canalete, San Bernardo del Viento, Ciénaga de Oro, San Carlos, Puerto Libertador	7

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

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

Fuente: Sala de análisis del riesgo ambiental - INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Situación epidemiológica del sarampión en México. Secretaría de Salud de México. Fecha de publicación: 10 de marzo de 2026

Desde el 01 de enero de 2025 hasta el 10 de marzo de 2026 se han confirmado 12 963 casos de sarampión en el país, 6 452 en el año 2025 y 6 511 en el año 2026. El grupo de edad con el mayor número de casos es el de 1 a 4 años (1 747 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (1 522 casos) y el de 25 a 29 años (1 511 casos). La tasa de incidencia más elevada se presenta en menores de un año con 64,5 casos por cada 100 000 habitantes. Durante el mismo periodo se han confirmado 34 defunciones acumuladas (27 en 2025 y siete en 2026). Los estados con el mayor número de casos reportados en el año 2026 son Jalisco (3 823 casos), Chiapas (570 casos), Ciudad de México (464 casos) y Sinaloa (234 casos).

Fuente: Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 10 de marzo de 2026. Fecha de consulta: 10 de marzo de 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1064302/INFORME_DIARIO_SARAMPION_20260310.pdf

Situación epidemiológica de sarampión en Estados Unidos. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Fecha de publicación: 06 de marzo de 2026

En 2026, hasta el 06 de marzo, se habían notificado 1 281 casos confirmados de sarampión en el país. De estos, cuatro (4) fueron notificados entre visitantes internacionales y 1 277 casos fueron reportados por 31 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Maine, Massachusetts, Minnesota, Misuri, Nebraska, Nuevo México, Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wisconsin.

Del total de casos en 2026, por grupo de edad, el 54,0 % corresponden al grupo de 5 a 19 años, seguido del 23,0 % para el grupo de menores de 5 años, 22,0 % para el grupo de mayores de 20 años y el 1,0 % no tienen dato de edad. Con respecto al estado de vacunación de los casos confirmados, el 93 % no estaban vacunados o su estado era desconocido. El 5 % (62/1 281) de los casos ha requerido hospitalización. En 2026 no se han reportado muertes secundarias a la enfermedad.

Fuente: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Casos y brotes de sarampión. Fecha de publicación: 06 de marzo de 2026. Fecha de consulta: 09 de marzo de 2026. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 09 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 09

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	13	1	4	105	30	56	208	44	112	22	15	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	104	9	9	3801	1374	1686	858	316	379	310	131	150	8	3	5	55	81	31	29	12	7
Arauca	22	3	1	201	58	84	354	47	189	136	15	73	1	0	1	0	1	0	7	4	3
Atlántico	10	1	3	789	283	352	763	215	322	355	121	139	7	5	3	0	2	0	2	1	1
Barranquilla D.E.	1	0	0	919	269	417	1009	354	365	416	168	157	8	6	3	0	0	0	10	3	1
Bogotá D.C.	0	0	0	4548	1736	2056	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	17	0	2	1	2
Bolívar	40	4	4	517	224	219	1126	189	609	422	97	220	17	3	9	1	0	0	1	0	1
Boyacá	15	2	3	1252	466	520	45	45	32	23	18	17	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Buenaventura D.E.	6	0	0	37	14	8	25	22	14	7	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	16	1	1	765	290	353	26	24	8	12	14	2	0	0	0	2	2	1	5	3	1
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	1023	403	448	309	773	140	96	364	35	3	7	2	1	15	1	38	17	13
Caquetá	33	4	3	244	85	110	88	208	40	44	115	19	4	3	3	0	0	0	2	0	0
Cartagena de Indias D.T.	5	0	1	438	142	168	1652	192	683	345	82	120	12	3	1	0	0	0	0	0	0
Casanare	20	3	2	411	116	168	150	129	84	62	60	34	1	1	1	1	1	1	0	1	0
Cauca	29	3	3	1141	428	495	49	102	26	16	42	7	1	2	1	0	9	0	6	1	1
Cesar	32	3	1	529	194	248	1907	261	872	1091	174	504	7	4	2	0	1	0	1	2	1
Chocó	46	5	6	64	14	28	158	50	51	42	11	6	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Córdoba	60	8	6	1000	381	472	773	266	366	333	134	151	7	2	1	0	0	0	1	1	0
Cundinamarca	21	1	3	3006	1018	1308	327	300	157	116	138	53	4	2	2	4	4	3	4	2	2
Guainía	4	0	0	49	11	24	1	9	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	19	1	1	67	31	36	205	38	120	20	8	10	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Huila	22	2	3	1308	454	555	334	443	161	128	199	65	10	10	4	1	2	0	1	1	0
La Guajira	25	1	0	426	156	191	1089	167	482	612	121	263	19	4	10	2	1	0	2	1	0
Magdalena	24	5	1	397	190	169	990	82	475	536	58	263	5	1	2	0	0	0	0	0	0
Meta	37	6	1	895	292	360	2055	436	1036	617	187	320	24	4	11	3	5	2	5	1	1
Nariño	23	2	1	1467	514	692	111	61	55	43	20	20	1	1	1	1	1	1	4	2	1
Norte de Santander	68	6	6	1299	413	574	1618	269	855	579	139	287	23	5	16	5	10	1	3	0	1
Putumayo	25	2	1	387	124	170	218	180	120	41	59	24	3	1	1	0	0	0	4	0	0
Quindío	4	1	0	627	211	274	93	48	49	23	16	14	2	0	2	0	2	0	1	1	0
Risaralda	12	1	1	864	304	383	45	55	24	15	24	8	0	1	0	3	5	1	7	1	4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	51	27	23	4	11	3	1	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	7	0	0	358	136	144	983	52	369	388	33	138	2	1	0	0	0	0	2	3	0
Santander	38	4	2	1602	526	699	1481	379	760	495	164	239	8	3	5	15	6	14	4	1	2
Sucre	11	1	0	529	201	237	314	285	136	148	173	64	1	5	0	1	0	1	0	6	0
Tolima	39	2	2	1432	468	595	1043	575	537	347	250	187	24	6	12	1	1	0	4	3	1
Valle del Cauca	15	2	0	1841	598	778	321	685	160	96	315	51	3	5	2	0	16	0	9	4	6
Vaupés	10	0	3	39	13	16	18	12	15	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4	1	2
Vichada	8	0	0	33	20	21	26	5	15	6	2	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Total nacional	864	84	72	34.461	12.215	15.137	20.776	7.329	9.821	7.943	3.488	3.654	209	88	102	101	183	58	159	74	51

39

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 09

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	531	105	162	1	0	1	1213	523	582	86	10	27	0	0	0	515	449	268	1	4	1
Antioquia	1442	908	583	41	34	34	206699	78705	98015	8988	2961	3710	804	935	718	72185	35477	32955	116	140	116
Arauca	52	2	28	5	2	4	3393	2013	1650	298	86	148	16	7	14	1256	725	552	7	14	7
Atlántico	0	0	0	0	5	0	25587	10657	12233	784	198	370	546	155	495	9820	4126	4196	26	44	26
Barranquilla D.E.	0	0	0	2	5	2	37290	15494	18141	2186	386	1024	218	224	202	14458	6186	6485	37	42	37
Bogotá D.C.	0	0	0	25	29	22	249185	126730	131630	11523	5398	5884	1524	1226	1354	125823	71769	61251	158	134	158
Bolívar	308	121	141	7	2	7	24021	11047	10816	578	211	249	79	133	61	6486	2902	2910	31	39	31
Boyacá	50	0	19	13	2	12	18582	10183	9013	1112	452	454	67	70	55	8098	5151	3764	22	25	22
Buenaventura D.E.	168	135	85	3	3	3	1470	775	687	6	4	3	2	2	2	566	513	298	12	15	12
Caldas	6	5	1	4	3	4	16570	7854	7093	635	269	252	224	156	191	5171	3311	2613	15	19	15
Santiago de Cali D.E.	1	1	0	20	13	16	44157	23692	19355	1120	648	370	180	89	162	26557	12563	12930	42	52	42
Caquetá	67	18	29	2	2	2	4244	3473	2025	376	142	221	4	9	2	2887	1883	1265	9	14	9
Cartagena de Indias D.T.	1	0	0	5	4	4	30083	17037	14964	2045	324	910	269	230	216	8832	4062	4188	26	44	26
Casanare	12	5	8	1	1	1	3641	2174	1685	85	47	29	35	7	33	1674	1122	743	7	16	7
Cauca	210	210	74	8	5	6	19332	10219	8046	699	246	313	69	76	66	7324	5140	3873	29	42	29
Cesar	0	2	0	10	3	10	19485	10399	9599	953	563	419	79	59	68	4934	3397	2573	32	45	32
Chocó	2312	2449	833	6	4	6	5636	2065	2364	178	161	74	7	11	6	2651	1116	1332	26	33	26
Córdoba	933	944	328	5	5	4	32934	14029	15184	1689	430	848	306	236	272	8711	4551	3907	41	63	41
Cundinamarca	0	0	0	13	11	13	57244	26575	28708	2242	887	1114	193	252	170	28031	14365	13532	69	71	69
Guainía	767	270	295	0	1	0	325	170	158	19	19	6	0	0	0	313	131	165	4	4	4
Guaviare	217	114	87	0	1	0	956	561	460	118	19	66	9	7	9	719	341	317	0	2	0
Huila	0	0	0	4	4	4	12037	10404	6006	609	445	307	113	88	103	8735	4912	3653	34	31	34
La Guajira	6	5	2	2	2	2	43034	15967	21851	750	447	326	123	50	111	7504	3506	3905	37	69	37
Magdalena	1	0	0	2	3	2	24425	7950	11399	527	216	247	4	29	4	6519	3202	2876	16	26	16
Meta	378	50	150	4	3	3	12793	5647	5931	468	216	243	46	74	40	8095	4861	3532	29	31	29
Nariño	575	949	225	18	6	15	23835	14752	9610	1442	517	617	10	36	9	8630	6189	3854	31	39	31
Norte de Santander	121	121	36	14	9	11	34168	14760	16834	2115	779	1009	192	156	171	10526	5614	4341	27	35	27
Putumayo	30	5	11	2	3	2	6404	2545	3188	217	121	107	9	5	8	3154	1172	1484	9	11	9
Quindío	0	3	0	6	1	5	10484	6200	4930	568	255	262	109	71	95	5611	3342	2330	13	11	13
Risaralda	340	294	58	16	4	15	21662	8612	10428	867	294	464	76	67	72	7382	4455	3252	14	19	14
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	1	1	829	787	373	143	42	67	0	0	0	283	290	98	1	2	1
Santa Marta D.T.	0	0	0	2	2	2	10460	4112	4806	855	166	250	150	170	142	3725	1153	1747	12	15	12
Santander	3	1	1	17	6	16	48796	14615	25551	3050	1016	1417	403	368	349	20510	8306	9451	29	39	29
Sucre	15	5	3	5	5	5	18560	7420	8883	1712	414	838	197	224	171	4132	2345	1804	25	34	25
Tolima	2	0	1	3	5	3	25064	13081	11676	1889	471	776	73	67	58	11213	5673	4695	21	27	21
Valle del Cauca	10	5	3	11	6	11	26468	12789	12031	689	250	291	244	98	217	12093	7255	5397	34	38	34
Vaupés	259	123	490	0	1	0	870	190	592	30	10	14	0	0	0	345	89	257	2	2	2
Vichada	297	157	134	1	2	0	347	324	208	0	2	0	0	0	0	226	137	105	5	6	5
Total nacional	9.114	7.144	3.380	279	195	248	1.122.283	514.530	546.705	51.651	19.122	23.726	6.380	5387	5.646	455.694	241.784	212.898	1.049	1.297	1.049

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 09

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	3	25	0	0	0
Antioquia	2	2	0	119	60	45	7	1	1	293	44	121	418	182	158	54	26	23
Arauca	0	0	0	8	2	5	0	0	0	5	1	2	21	8	13	3	1	0
Atlántico	0	1	0	18	5	7	0	0	0	4	1	3	109	41	50	2	2	0
Barranquilla D.E.	0	1	0	23	8	9	0	0	0	14	1	5	132	36	62	6	3	3
Bogotá D.C.	2	2	0	236	97	107	125	1	12	218	51	85	761	359	375	111	47	55
Bolívar	2	1	0	5	3	3	1	0	0	8	1	1	74	31	34	0	0	0
Boyacá	0	1	0	25	13	11	3	0	3	11	2	0	113	50	50	23	8	10
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0
Caldas	0	0	0	6	6	3	0	0	0	6	1	4	66	30	44	4	3	0
Santiago de Cali D.E.	0	1	0	26	19	9	0	0	0	10	2	1	150	99	49	20	9	10
Caquetá	0	0	0	6	3	2	0	0	0	0	1	0	49	17	15	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	0	1	0	5	7	1	0	0	0	29	1	7	50	34	17	0	0	0
Casanare	0	0	0	10	2	5	0	0	0	32	0	27	38	19	17	0	0	0
Cauca	0	1	0	8	7	3	0	0	0	11	2	4	45	27	20	30	10	7
Cesar	0	1	0	15	4	9	0	0	0	29	0	4	59	24	30	3	3	0
Chocó	0	0	0	2	0	0	0	0	0	38	8	5	10	3	7	2	2	0
Córdoba	0	1	0	18	11	9	0	0	0	5	1	3	118	68	52	10	5	2
Cundinamarca	1	1	0	62	29	23	45	1	3	34	12	13	340	153	148	22	10	8
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	5	0	3	0	0	0
Guaviare	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	14	5	5	1	0	1
Huila	4	1	0	21	15	11	2	0	0	7	4	3	64	43	30	3	2	0
La Guajira	0	1	0	3	3	1	0	0	0	21	6	4	41	29	24	2	1	1
Magdalena	1	1	0	2	1	0	0	0	0	6	0	5	42	18	13	0	0	0
Meta	2	1	0	11	6	8	3	0	0	20	2	7	67	34	31	4	4	0
Nariño	4	1	1	23	12	11	0	0	0	9	5	2	108	65	41	9	4	2
Norte de Santander	0	1	0	29	16	13	0	0	0	55	2	25	221	63	122	0	0	0
Putumayo	0	0	0	9	4	5	0	0	0	5	1	0	29	12	12	2	0	1
Quindío	0	0	0	7	2	2	0	0	0	6	0	1	45	28	23	5	3	1
Risaralda	0	0	0	6	5	2	0	0	0	56	1	11	92	44	45	5	5	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	6	2	3	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	3	0	1	0	0	0	4	1	1	44	7	23	0	0	0
Santander	1	1	0	15	7	7	0	0	0	63	6	46	204	60	83	9	7	2
Sucre	1	1	0	3	6	2	2	0	0	7	5	4	62	37	34	13	4	9
Tolima	2	1	0	8	6	3	2	0	0	7	2	5	94	55	40	8	3	3
Valle del Cauca	0	1	0	26	11	9	0	0	0	3	1	1	146	79	76	5	0	3
Vaupés	0	0	0	1	0	0	0	0	0	35	0	9	1	1	1	2	1	1
Vichada	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	3	10	2	7	0	0	0
Total nacional	23	20	2	762	397	327	192	3	19	1.058	166	413	3.877	1.932	1.782	358	163	142

41

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 09

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa 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	9	7	0	0	11	13	3	0
Antioquia	0	0	0	0	390	547	0	3	879	859	248	80
Arauca	0	1	0	0	54	45	0	0	27	42	6	1
Atlántico	0	0	0	0	48	53	0	1	148	132	0	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	30	23	0	0	143	126	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	620	512	0	3	858	927	0	0
Bolívar	0	0	0	0	72	106	0	3	94	73	89	56
Boyacá	0	1	0	0	89	97	0	0	173	137	35	18
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	24	23	0	0	20	16	2	2
Caldas	0	0	0	0	28	33	0	3	201	171	47	15
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	86	93	1	0	315	296	0	0
Caquetá	0	0	0	1	32	36	0	1	39	25	55	22
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	49	81	0	0	94	90	1	0
Casanare	2	0	0	0	51	52	0	1	45	41	1	1
Cauca	0	0	0	0	50	44	0	1	148	133	11	5
Cesar	0	0	0	0	127	127	0	0	107	84	28	44
Chocó	0	0	0	0	151	147	0	0	25	25	59	26
Córdoba	0	0	0	0	109	75	0	2	174	168	41	15
Cundinamarca	0	0	0	0	220	214	0	1	360	431	46	5
Guainía	0	0	0	0	10	4	0	0	5	4	3	1
Guaviare	0	0	0	0	22	16	0	0	11	7	79	29
Huila	0	0	0	0	77	81	0	3	136	133	2	1
La Guajira	0	0	0	0	325	320	0	0	45	40	8	2
Magdalena	0	0	0	0	98	95	0	0	60	41	2	1
Meta	0	0	0	0	76	87	0	2	113	86	51	17
Nariño	0	0	0	0	109	131	0	1	238	247	53	10
Norte de Santander	0	0	0	0	124	98	0	0	171	175	52	12
Putumayo	0	0	0	0	40	43	0	0	54	36	63	4
Quindío	0	0	0	0	16	19	0	2	92	70	0	0
Risaralda	0	0	0	0	75	86	0	0	197	201	20	11
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	17	22	0	0	45	45	3	1
Santander	1	0	0	0	88	74	0	2	256	259	155	97
Sucre	0	0	0	0	49	66	0	3	79	64	25	9
Tolima	0	0	0	1	67	72	0	7	187	185	52	11
Valle del Cauca	0	0	0	0	77	120	1	6	216	209	3	1
Vaupés	0	0	0	0	14	5	0	0	13	5	8	0
Vichada	0	0	0	0	44	21	0	0	4	5	8	2
Total nacional	7	2	0	2	3.572	3.678	2	45	5.789	5.603	1.275	503

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 09

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por 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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	18	7	3	4	2	0	6	7	3	1	24	30
Arauca	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1
Atlántico	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	6	3
Barranquilla D.E.	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	4	3
Bogotá D.C.	2	0	5	2	0	0	3	2	0	0	28	120
Bolívar	4	1	2	0	0	0	2	4	1	1	4	1
Boyacá	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	3
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Caldas	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Santiago de Cali D.E.	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8	6
Caquetá	8	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0
Cartagena de Indias D.T.	4	0	1	1	0	0	1	4	0	0	3	5
Casanare	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Cauca	1	2	2	1	1	1	1	2	0	0	6	1
Cesar	1	0	2	2	1	0	1	3	3	1	5	9
Chocó	0	1	1	1	4	1	5	4	7	1	2	1
Córdoba	2	2	3	0	1	0	2	0	1	1	7	5
Cundinamarca	3	0	1	2	0	0	1	0	0	1	12	11
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Huila	2	7	2	1	0	1	1	1	1	0	4	2
La Guajira	1	1	4	2	6	5	4	3	8	3	4	0
Magdalena	0	0	0	0	0	0	1	2	4	0	3	1
Meta	1	0	1	0	0	0	1	3	0	0	4	6
Nariño	1	0	3	1	0	1	2	2	1	0	6	3
Norte de Santander	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6	15
Putumayo	1	0	0	0	0	2	1	2	0	0	1	0
Quindío	1	2	1	1	0	0	1	1	0	0	2	1
Risaralda	3	5	2	1	3	1	2	5	2	0	3	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
Santander	2	2	1	0	0	1	0	4	0	0	8	8
Sucre	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	4	7
Tolima	6	11	1	1	0	0	3	0	0	0	4	2
Valle del Cauca	4	0	1	1	1	1	3	2	1	0	7	13
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	335	406	42	26	27	17	59	55	49	9	180	264

43

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 09

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos 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	4	0	0	10	12	0	0	101	88
Antioquia	25	23	217	289	0	1	669	870	21	25	3646	2485
Arauca	8	1	35	27	0	0	26	26	0	0	218	213
Atlántico	8	2	63	64	0	0	88	111	3	5	408	372
Barranquilla D.E.	10	7	73	65	0	1	158	181	3	5	382	460
Bogotá D.C.	22	21	162	247	0	0	233	282	7	10	4451	4359
Bolívar	8	6	52	73	0	0	39	40	1	0	377	364
Boyacá	5	3	14	13	0	0	31	37	1	1	699	648
Buenaventura D.E.	4	1	23	31	0	0	31	44	1	0	61	36
Caldas	4	4	27	28	0	0	56	56	0	1	485	498
Santiago de Cali D.E.	5	2	84	142	0	0	252	302	11	7	1210	955
Caquetá	2	3	19	22	0	0	43	62	1	4	175	162
Cartagena de Indias D.T.	12	13	54	97	0	0	77	91	1	0	230	279
Casanare	7	5	25	29	0	0	25	39	0	1	121	153
Cauca	4	3	35	39	0	0	52	55	1	1	512	483
Cesar	7	6	62	48	0	0	82	102	0	2	344	302
Chocó	10	6	48	29	0	0	38	50	1	0	77	80
Córdoba	4	3	54	55	0	0	52	62	1	0	570	500
Cundinamarca	10	5	68	79	0	0	89	129	2	6	2118	2353
Guainía	2	0	3	4	0	0	5	4	0	0	30	32
Guaviare	1	0	4	2	0	0	7	6	0	0	59	48
Huila	2	6	28	40	0	1	88	82	1	3	1073	925
La Guajira	10	5	68	45	0	0	95	134	2	2	211	223
Magdalena	5	1	46	45	0	0	33	34	1	0	220	213
Meta	7	10	44	52	0	0	117	131	4	1	375	390
Nariño	3	6	40	49	0	0	29	32	1	1	674	790
Norte de Santander	14	3	84	90	0	0	132	170	3	3	602	640
Putumayo	1	1	18	9	0	0	18	9	1	0	222	257
Quindío	2	2	16	23	0	0	42	54	0	1	398	317
Risaralda	6	1	30	28	0	0	112	127	4	1	595	598
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	31	31
Santa Marta D.T.	4	0	23	41	0	0	45	73	1	0	107	99
Santander	13	5	74	92	0	0	199	220	4	3	1023	1106
Sucre	3	2	39	44	0	0	17	18	0	0	310	286
Tolima	7	7	26	41	0	0	104	106	3	3	474	484
Valle del Cauca	5	5	56	86	0	0	134	197	3	7	1132	1162
Vaupés	1	1	1	3	0	0	4	4	0	0	40	51
Vichada	1	0	7	4	0	0	5	3	0	0	38	39
Total nacional	258	169	1.816	2.080	0	3	3.238	3.956	83	94	23.798	22.481



Semana epidemiológica 09

01 al 07 de marzo del 2026

TEMA CENTRAL

Sarampión
Rubéola

Directora General INS
Dra. Diana Marcela Pava Garzón

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

Claudia Yaneth Rincón Acevedo
Subdirectora Vigilancia, Control y Prevención

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



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Boletín epidemiológico semanal

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

45# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.09>