Salud

Instituto Nacional de Salud

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Año 21



Tuberculosis

El fortalecimiento de la implementación del diagnóstico de tuberculosis mediante pruebas moleculares en el país ha permitido aumentar la detección de casos y reducir la brecha frente a las estimaciones de casos de la OMS.

Semana epidemiológica

15 al 21 de marzo del 2026

11

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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**

109 AÑOS INS

Construyendo salud pública con y desde los territorios

Pág.

Tema central 3
Comportamiento de la tuberculois, Colombia, a semana epidemiológica 53 de 2025

Situación nacional 9

Mortalidad 11

Eventos trazadores 18

Brotes y alertas 37

Tablas de mando por departamento 41

TEMA CENTRAL

Comportamiento de la tuberculois, Colombia, a semana epidemiológica 53 de 2025

Lisette Andrea Bermúdez Pinzón, lbermudez@ins.gov.co

Salud

Instituto Nacional de Salud

Cada año el 24 de marzo se conmemora a nivel mundial el anuncio del Dr. Robert Koch sobre el descubrimiento de *Mycobacterium tuberculosis* en 1882. Para el 2026 el objetivo es concientizar sobre el impacto sanitario, social y económico, reducir el estigma y acelerar la detección temprana y el lema: ***"¡Sí! Podemos acabar con la tuberculosis: Impulsados por la atención primaria de salud, la innovación y comunidades comprometidas"*** (1).

La tuberculosis es causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, se propaga cuando las personas enfermas de tuberculosis expulsan bacterias al aire, por ejemplo, al toser, estornudar o hablar. Se estima que, aproximadamente una cuarta parte de la población mundial ha contraído tuberculosis; tras la infección, el riesgo de desarrollar tuberculosis es mayor gdurante los primeros dos años (aproximadamente el 5,0 %), después el riesgo es mucho menor. La enfermedad suele afectar los pulmones (tuberculosis pulmonar), aunque también puede afectar otras partes del cuerpo. Con los tratamientos recomendados actualmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), un ciclo de medicamentos antituberculosos de 4 a 6 meses, alrededor del 90,0 % de las personas con tuberculosis activa pueden curarse. Adicionalmente, están disponibles medicamentos por períodos de 1 a 6 meses para tratar la infección tuberculosa (2).

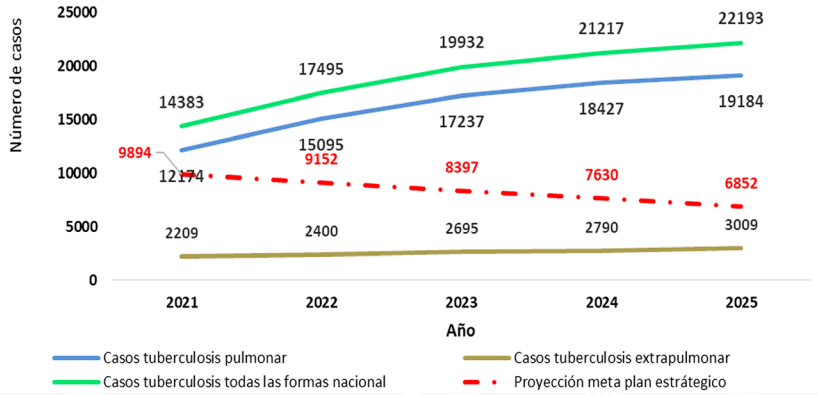
La tuberculosis es una enfermedad prevenible y generalmente curable. A pesar de los avances en el mundo tanto en diagnóstico como en tratamiento, más de 10 millones de personas siguen enfermando de cada año y más de un millón mueren a causa de ella, se considera la principal causa de muerte producida por un solo agente infeccioso y está entre las 10 principales causas de muerte a nivel mundial. En 2024, a nivel mundial se estima que 10,7 millones de personas contrajeron la tuberculosis; 5,8 millones de hombres y 3,7 millones de mujeres y entre todos los casos incidentes el 5,8 % se dieron en personas con VIH (2).

La meta 3,3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incluye la eliminación de tuberculosis al 2030; la Organización Panamerica de la Salud (OPS) para la región de las Américas busca erradicar más de 30 enfermedades transmisibles y afecciones conexas para el año 2030 (está incluida la tuberculosis) (3) y el plan estratégico mundial hacia el fin de la tuberculosis enmarca metas encaminadas a la reducción de la incidencia, la mortalidad y los costos catastróficos asociados a la enfermedad. Colombia se ha comprometido con lo mencionado, en el Plan Estratégico Colombia Hacia el Fin de la Tuberculosis 2016-2025 (4), en el cual definieron metas para reducir la incidencia en 50 %, la mortalidad por tuberculosis en 70 % y los costos catastróficos asociados a la enfermedad en 60 % (3). En la Resolución 227 de 2020 se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos

del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNCPT) (5) y en la Resolución 119 de 2026 se establece el plan nacional para acelerar el alcance de la eliminación de la tuberculosis en Colombia 2025-2031 con los hitos epidemiológicos de reducir en 35 % la tasa de incidencia y en 50 % la tasa de mortalidad por tuberculosis (6), los cuales están alineados con el Plan Decenal de Salud Pública 2021-2031 emitido mediante Resolución 1035 de 2022 (7).

En el país, para 2025, (datos preliminares) se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 22 193 casos con residencia en Colombia, con una tendencia al incremento desde el 2021 y comparado con 2024 (21 217 casos) hay un incremento de 4,6 % de los casos (figura 1). El país no logró el cumplimiento de la meta de reducir a 6 852 los casos en 2025.

Figura 1. Casos de tuberculosis residentes en Colombia, 2021-2025



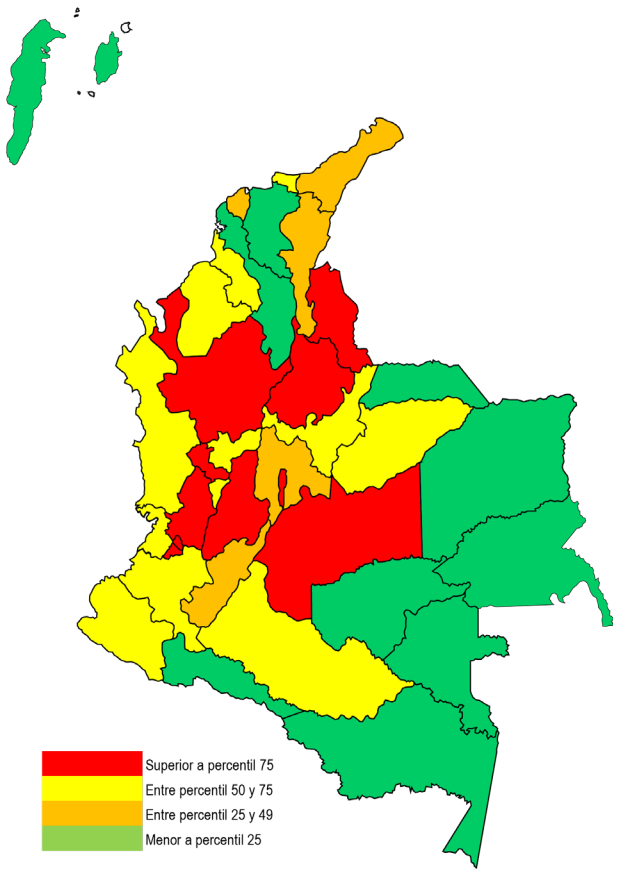
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2021-2025 (datos preliminares)

En poblaciones con mayor riesgo de transmisión se evidencia que, el 71,5 % (15 873) de los casos habitan en el área urbana, el 3,91 % (868) corresponden a indígenas, el 3,30 % (732) a afrocolombianos, el 3,46 % (767) a habitantes de calle, el 10,46 % (2 321) a privados de la libertad, el 1,15 % (256) a trabajadores de la salud y el 0,33 % (74) a fuerzas militares.

En 2025, el 65,9 % de los casos se concentraron en 10 entidades territoriales de residencia: Antioquia (4 766), Santiago de Cali (1 612), Santander (1 612), Bogotá, D.C. (1 487), Barranquilla (989), Valle del Cauca (900), Norte de Santander (890), Meta (866), Tolima (769) y Risaralda (728). Con menor número de casos están San Andrés (17), Vaupés (26), Vichada (37), Guaviare (44), Guainía (43), Amazonas (79) y Sucre (100) (mapa 1).

Mapa 1. Porcentaje de casos por entidad territorial de residencia de tuberculosis, 2025

ENTIDAD DE RESIDENCIA	2025p
Antioquia	21,5%
Santiago de Cali	7,3%
Santander	7,3%
Bogotá, D.C.	6,7%
Barranquilla	4,5%
Valle del Cauca	4,1%
Norte Santander	4,0%
Meta	3,9%
Tolima	3,5%
Risaralda	3,3%
La Guajira	3,0%
Cundinamarca	2,9%
Atlántico	2,5%
Cartagena de Indias	2,3%
Huila	2,2%
Cesar	2,1%
Quindío	1,6%
Santa Marta	1,6%
Caldas	1,5%
Córdoba	1,5%
Cauca	1,5%
Caqueta	1,4%
Chocó	1,2%
Bolívar	1,0%
Boyacá	1,0%
Buenaventura	1,0%
Nariño	1,0%
Casanare	1,0%
Magdalena	0,9%
Arauca	0,6%
Putumayo	0,6%
Sucre	0,5%
Amazonas	0,4%
Guaviare	0,2%
Guainia	0,2%
Vichada	0,2%
Vaupés	0,1%
San Andrés	0,1%



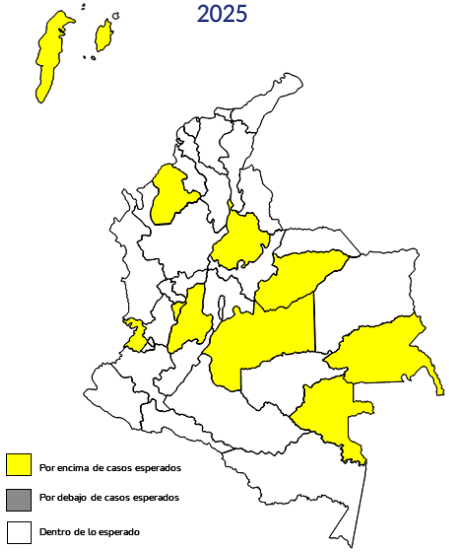
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 (datos preliminares)

En población general los mayores notificadores de casos en 2025 están en Antioquia, Meta, Santander, Cartagena de Indias, Risaralda, Norte de Santander, Santiago de Cali y Bogotá, D.C., lo que se relaciona con mayor capidad diagnóstica. En población privada de la libertad fueron Santander (Bucaramanga), Valle del Cauca (Palmira), Bogotá, D.C., Norte de Santander (Cúcuta), Antioquia (El Pesebre), Santiago de Cali, Valle del Cauca (Jamundí), La Guajira (Riohacha) y Cundinamarca (Guaduas).

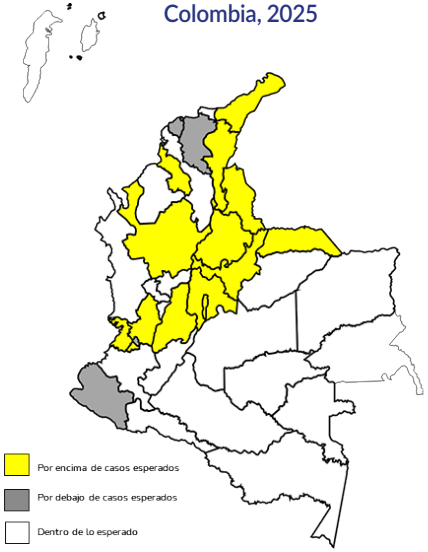
La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Para el análisis de comportamientos inusuales estadísticamente significativos se usó para 30 casos y más la metodología *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) y para menos de 30 casos la distribución de probabilidades de Poisson. De acuerdo con la metodología usada, en 2025, se evidenció aumento de casos en 10 entidades territoriales: Buenaventura, Casanare, Córdoba, Guainía, Meta, Quindío, Archipiélago de San Andrés, Santander, Tolima, Vaupés (mapa 2a). En la población privada de la libertad Se evidenció incremento en 15 entidades territoriales: Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, D.C., Boyacá, Buenaventura, Cartagena de Indias, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Norte de Santander, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca y disminución para cuatro: Atlántico, Santiago de Cali, Magdalena y Nariño (mapa 2b). Las demás poblaciones no presentaron comportamientos inusuales.

Mapa 2a. Comportamientos inusuales de tuberculosis en población general, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2025



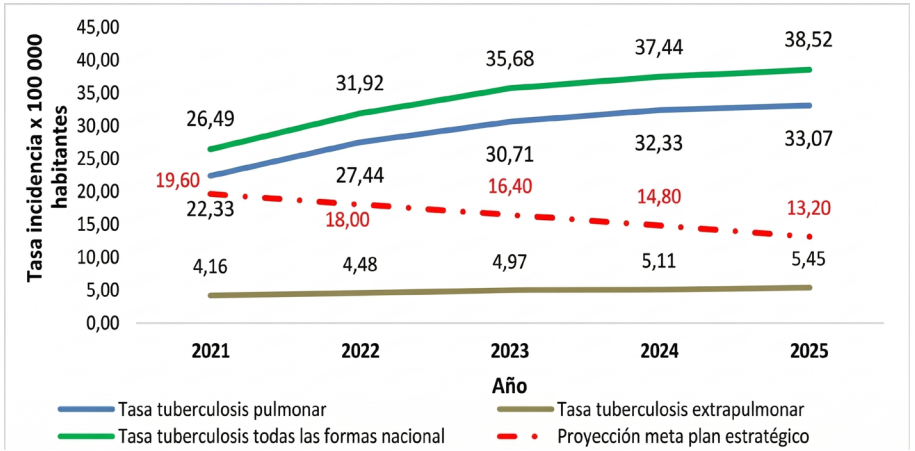
Mapa 2b. Comportamientos inusuales de tuberculosis en población privada de libertad, por entidad territorial de residencia, Colombia, 2025



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

En relación con la tasa de incidencia, en 2025 se presentó un incremento del 2,9 % con una tasa de 38,52 por 100 000 habitantes comparado con la tasa de 37,44 por 100 000 habitantes en 2024 (figura 2). La tasa de incidencia en 2025 para hombres fue de 48,47 por 100 000 hombres y en mujeres fue de 22,36 por 100 000 mujeres. El país no logró el cumplimiento de la meta de reducir a 13,20 por 100 000 la tasa de incidencia en 2025.

Figura 2. Tasa de incidencia de tuberculosis, población residente en Colombia, 2021 a 2025



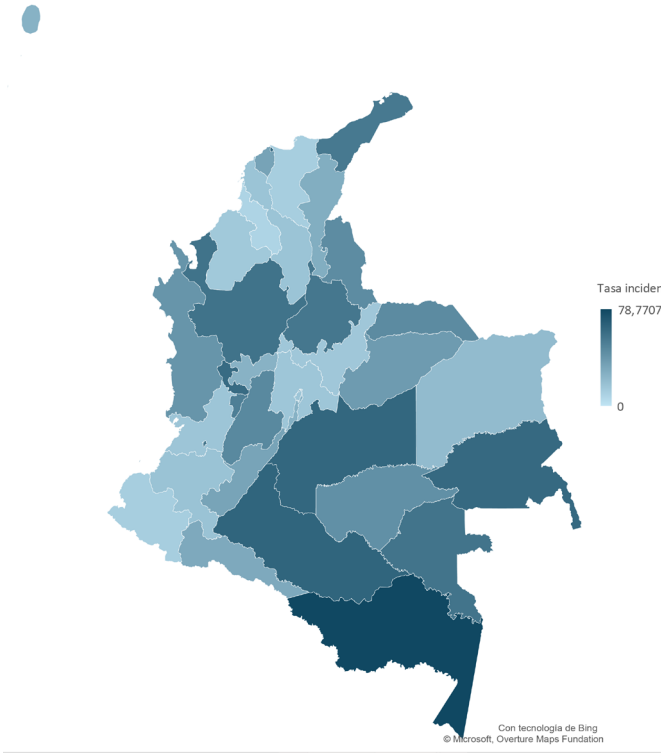
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 (datos preliminares)
proyecciones de población con la actualización post COVID-19, agosto 2025, para denominadores

Los grupos de edad con mayor proporción de casos incidentes en 2025 fueron los de 25 a 34 años con el 23,9 %, 65 años y más con el 19,9 % y el de 35 a 44 años con 16,8 %. La tasa de incidencia en población privada de la libertad es de 835,24 por 100 000 hombres, de 6,10 por 100 000 mujeres y el grupo de edad con mayor aporte de casos es el de 25 a 34 años con 51,0 %. En población con pertenencia étnica indígena la tasa de incidencia es de 32,07 por 100 000 indígenas, 50,30 por 100 000 en el área urbana, 27,67 por 100 000 en el área rural y el grupo de 15 a 24 años es el de mayor afectación con el 18,4 %.

Las tasas de incidencia, por 100 000 habitantes, más elevadas para 2025 están en Amazonas (78,8), Caquetá (64,3), Meta (63,1), Barranquilla (62,4), Guainía (61,9), Risaralda (61,0 por 100000), Buenaventura (57,9), Santiago de Cali (57,37), Antioquia (57,27) y Vaupés (56,64) y las tasas más bajas están en: Bogotá, D.C. (15,90), Cundinamarca (15,700), Boyacá (14,88), Córdoba (14,25), Santa Marta (11,78), Nariño (11,73), Magdalena (11,52) (mapa 3).

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Mapa 3. Tasa de incidencia por entidad territorial de residencia de tuberculosis, 2025

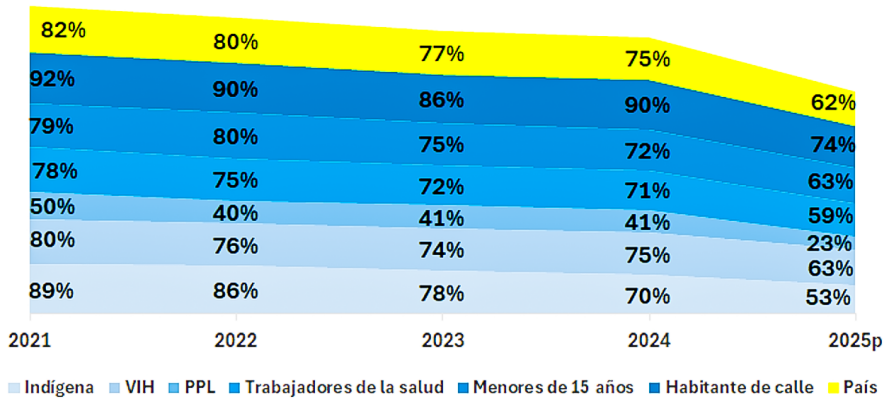


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2025 (datos preliminares)
proyecciones de población con la actualización post COVID-19, agosto 2025, para denominadores

En cuanto al diagnóstico bacteriológico se evidenció un logro significativo para el país ya que, el 85,1 % de los casos fueron confirmados por laboratorio, teniendo en cuenta que, a un solo caso se le pueden realizar una o varias pruebas de laboratorio, se registró: al 70,5 % cultivo, al 68,1 % prueba molecular y al 62,6 % baciloscopia. Comparando el 2025 con el 2021, la realización del cultivo y la prueba molecular se incrementó en el 23,6 % y el 86,8 %, respectivamente, y la baciloscopia disminuyó en el 23,9 %. Es relevante mencionar que en la Resolución 227 de 2020 se incluyó la prueba molecular en los algoritmos diagnósticos y se proyectó un incremento en el número de casos para el país.

En los años de 2021 a 2025 para los grupos poblacionales se observó mayor realización de baciloscopia en los habitanes de calle y menor realización en indígenas. Respecto a la variación porcentual entre 2025 y 2021 la mayor reducción se presentó en la población privada de la libertad (figura 3).

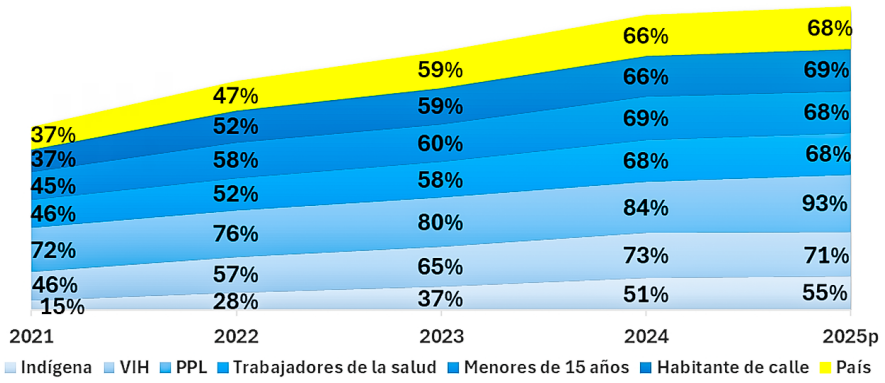
Figura 3. Porcentaje de realización baciloscopia por grupos poblacionales 2021 a 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2021-2025 (datos preliminares)
PPL: población privada de la libertad

Para los grupos poblacionales, de 2021 a 2025, se observó mayor realización de prueba molecular en población privada de la libertad y menor realización en indígenas. Respecto a la variación porcentual entre 2025p y 2021 el mayor incremento se presentó en la población indígena (figura 4).

Figura 4.Porcentaje de realización de prueba molecular por grupo poblacional, 2021 a 2025

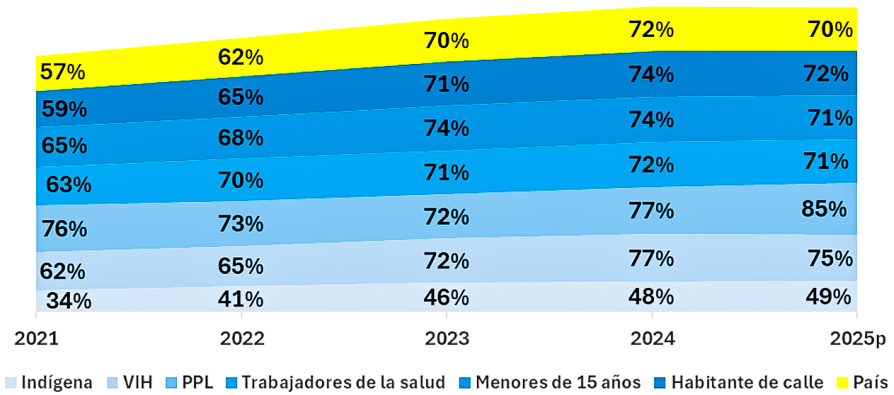


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2021-2025 (datos preliminares)
PPL: población privada de la libertad

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

En cuanto a la realización de cultivo, de 2021 a 2025, para los grupos poblacionales se observó mayor realización en población privada de la libertad excepto en 2023, donde es mayor en menores de 15 años, y menor en población indígena. Respecto a la variación porcentual entre 2025 y el año 2021 el mayor incremento se presentó en población indígena (figura 5).

Figura 5. Porcentaje de realización de cultivo por grupos poblacionales, 2021 a 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2021-2025 (datos preliminares)
PPL: población privada de la libertad

Las comorbilidades más frecuentes en 2025 fueron la desnutrición (14,9 %), coinfección con VIH (11,0 %), diabetes (7,6 %) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (6,4 %). Las entidades con mayor coinfección tuberculosis y VIH fueron Antioquia (13,7 %), Bogotá, D.C. (16,1 %), Santiagao de Cali (12,6 %), Cartagena de Indias (11,8 %), Córdoba (13,6 %), Quindío (13,7 %), Risaralda (15,4 %), Santa Marta (14,0 %), Sucre (11,8 %) y Valle del Cauca (12,7 %).

Conclusiones

1. Al expedirse la Resolución 227 de 2020, en la cual se incluyó la prueba molecular (con mayor sensibilidad, especificidad y oportunidad que la baciloscopia) en los algoritmos diagósticos por grupos poblacionales con mayor riesgo de transmisión, se esperaba un aumento de casos. En el período de 2021 a 2025 se presentó incremento sostenido de casos y tasa de incidencia de tuberculosis en Colombia por lo cual no se logró cumplimiento de las metas de reducción planteadas a 2025 en el plan nacional. Lo que puede estar relacionado con el aumento en la realización de pruebas moleculares en población general y en los grupos de población privada de la libertad, indígenas, habitante de calle, menor de 15 años, trabajadores de la salud y coinfección con VIH.

2. El 65,9 % de los casos de tuberculoiss en 2025 se concentran en 10 entidades territoriales: Antioquia, Cali, Santander, Bogotá, Barranquilla, Valle, Norte Santander, Meta, Tolima y Risaralda. Con menor número de casos están San Andrés, Vaupés, Vichada, Guaviare, Guainía, Amazonas y Sucre.

3. Las tasas de incidencia más elevadas de tuberculosis para 2025 están en Amazonas, Caquetá, Meta, Barranquilla, Guainía, Risaralda, Buenaventura, Santiago de Cali, Antioquia y Vaupés y las más bajas en Bogotá, D.C., Cundinamarca, Boyacá, Córdoba, Santa Marta, Nariño y Magdalena.

4. El 85,1 % de los casos fueron confirmados por laboratorio, teniendo en cuenta que, a un solo caso se le pueden realizar una o varias pruebas de laboratorio, se registró: al 70,5 % cultivo, al 68,1 % prueba molecular y al 62,6 % baciloscopia y comparando el 2025 con el 2021, la realización del cultivo y la prueba molecular se incrementaron 23,6 % y 86,8 % y la baciloscopia disminuyó 23,9 %.

5. Las comorbilidades más frecuentes en 2025 fueron la desnutrición, coinfección con VIH, diabetes y EPOC. Las entidades con mayor coinfección con tuberculosis y VIH son Antioquia, Bogotá, D.C., Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Córdoba, Quindío, Risaralda, Santa Marta, Sucre y Valle del Cauca.

Recomendaciones

Para las entidades territoriales:

1. Realizar periodicamente el análisis de correspondencia entre fuentes de información disponibles: programa de tuberculosis y VIH, laboratorio de salud pública, vigilancia (tuberculosis y VIH), estadísticas vitales, actividades de detección temprana y protección específica, cuenta de alto costo, investigaciones epidemiológicas de campo y otras fuentes de información para lograr la notificación de todos los casos confirmados con tuberculosis activa.

2. Evaluar el resultado de los indicadores establecidos en el protocolo de tuberculosis y el plan nacional con el objetivo de gestionar como equipo funcional (programa, laboratorio de salud pública y vigilancia epidemiológica) estrategias articuladas de acuerdo con las competencias establecidas en la normatividad vigente.

3. Realizar análisis de comportamientos inusuales en población general y en poblaciones con mayor riesgo de transmisión, para establecer aumento o disminución por posibles alertas o conglomerados con el fin de activar la gestión del grupo funcional, la respuesta articulada y la inclusión de otros actores según necesidad.
4. Fortalecer la investigación epidemiológica de campo y la búsqueda activa de contactos de personas afectadas por tuberculosis como medida primordial para detección de nuevos casos y cortar la cadena de transmisión.

Para las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB):

1. Garantizar a través de la red prestadora: implementación de algoritmos diagnósticos, notificación de casos a Sivigila y tratamiento integral de los casos confirmados con tuberculosis activa de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.
2. Articular a través de la red prestadora la gestión de los contactos sintomáticos respiratorios detectados en las investigaciones epidemiológicas de campo con el objetivo de confirmar o descartar tuberculosis activa según lo establecido en el plan nacional vigente.
3. Articular la gestión de las estrategias establecidas en el plan nacional vigente para lograr gestionar el riesgo de los sintomáticos respiratorios, las personas afectadas por tuberculosis activa y sus respectivos contactos.

Para las entidades notificadoras

1. Garantizar la notificación de casos confirmados de tuberculosis con calidad y exactitud en los datos establecidos en Sivigila para lograr concordancia del 100 % de los casos detectados por el programa y por el laboratorio de salud pública.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud Día Mundial de la Tuberculosis 2026 - ¡Sí! ¡Podemos acabar con la tuberculosis! Liderados por países. Impulsado por personas. [Internet]. 2026. Disponible en: *https://www.who.int/campaigns/world-tb-day/2026*
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2025. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025. [Internet]. 2026. Disponible en: *https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e97dd6f4-b567-4396-8680-717bac6869a9/content*
3. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades [Internet]. Disponible en: *https://www. paho.org/es/iniciativa-eliminacion*
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia, Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico "Hacia el fin de la Tuberculosis" Colombia 2016-2025 [Internet]. 2026. Disponible en: *https:// www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/ INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf*
5. Ministerio de Salud y protección Social. Resolución 227 de 2020. [Internet]. 2026. Disponible en: *https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20227%20de%202020.pdf*
6. Ministerio de Salud y protección Social. Resolución 119 de 2026. [Internet]. 2026. Disponible en: *https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20119%20de%202026.pdf*
7. Ministerio de Salud y protección Social. Resolución 1035 de 2022. [Internet]. 2026. Disponible en: *https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf*

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

SITUACIÓN NACIONAL

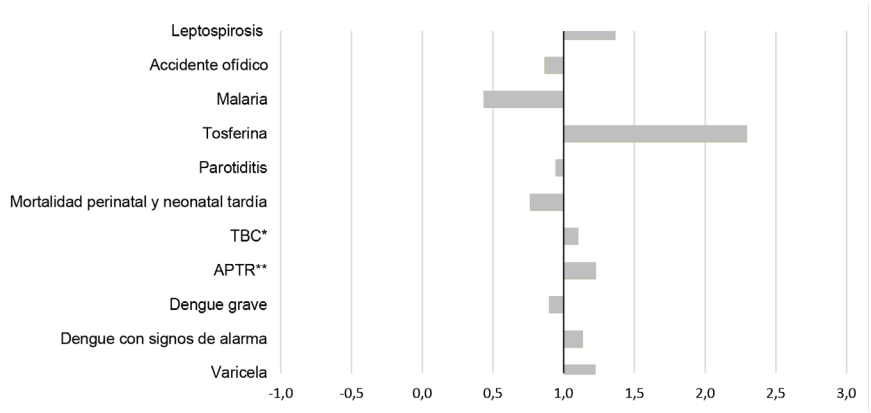
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 11 de 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 6).

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 11 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 1).

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 11 del 2026

Sección eventos última semana				
Evento	**Observado**	**Esperado**	**z**	**p**
Violencia de género e intrafamiliar	38 966	39 149	-0,15	0,88

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 11 del 2026, el evento de zika se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento de leishmaniasis cutánea y leishmaniasis mucosa y lepra se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 11 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	8	1	0,00
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,00
Leishmaniasis cutánea	10	132	0,00
Lepra	2	6	0,01
Mortalidad por dengue	3	2	0,15
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	2	0,27
Chikunguña	1	1	0,37

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.

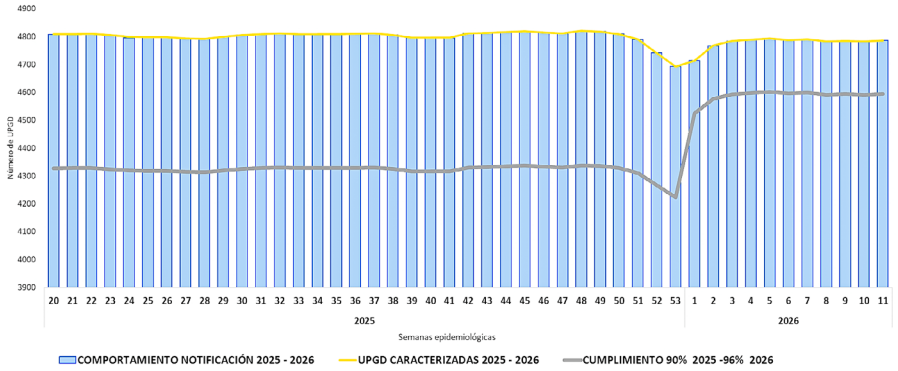
En esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 11 del año 2025. Para esta semana 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 a la semana epidemiológica 11 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 % (4 786 / 4 786); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 11 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD (96 %).

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 4 595 casos (96 %) para UPGD en la semana analizada (figura 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 11 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 (0 a 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 análisis[1].

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 11 del 2026, se han notificado 117 muertes probables en menores de cinco años, tres (3) casos de IRA residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 114 casos notificados de residentes en Colombia, 73 fueron por infección respiratoria aguda (IRA), 15 por desnutrición (DNT) aguda y 26 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 20 fueron confirmados, 13 descartados y 81 se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. 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 11, 2025-2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 11 2026			Casos en estudio a SE 11 2026			Tasa a SE 11 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	2	11	7	10	55	16	0,05	0,30	0,19
Antioquia	0	0	0	1	10	0	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Atlántico	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Barranquilla	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Bogotá, D.C.	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Bolívar	0	1	0	2	3	0	0,00	0,91	0,00
Caldas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Caquetá	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Cartagena de Indias	0	1	0	0	3	0	0,00	1,34	0,00
Cauca	0	0	0	0	3	1	0,00	0,00	0,00
Cesar	1	1	0	0	2	0	0,75	0,75	0,00
Chocó	1	3	1	1	2	6	1,55	4,64	1,55
Córdoba	0	0	0	1	1	0	0,00	0,00	0,00
Huila	0	0	1	0	1	0	0,00	0,00	0,95
La Guajira	0	1	2	4	3	2	0,00	0,90	1,79
Magdalena	0	2	0	0	0	0	0,00	2,23	0,00
Meta	0	1	0	0	3	0	0,00	1,17	0,00
Nariño	0	0	0	0	2	1	0,00	0,00	0,00
Norte de Santander	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	0	0	0	1	2	0,00	0,00	0,00
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	1	1	0	5	0	0,00	1,70	1,70
San Andrés	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	1	0	3	0	0,00	0,00	0,66
Sucre	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00
Tolima	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	0	0	0	2	1	0,00	0,00	0,00
Vaupés	0	0	1	0	0	1	0,00	0,00	18,23
Vichada	0	0	0	1	0	0	0,00	0,00	0,00

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

Tasa de mortalidad: *se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.*
Nota: *las entidades territoriales que no registraron casos a SE 11 de 2026, no figuran en la tabla.*

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 11 del 2026 se han notificado 73 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, ocho (8) confirmadas por laboratorio, tres (3) confirmadas por clínica, siete (7) descartadas, y 55 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,30 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 11 fueron 57, para una tasa de mortalidad de 1,55 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 11 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Cartagena de Indias, Risaralda y Santander, 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 11 de 2026 son *Bordetella pertussis*, Enterovirus y *Rhinovirus*, entre otros (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a a semana epidemiológica 11, 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
Bordetella pertussis	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Enterovirus	1	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	2
Rhinovirus	1	1	2	0	0	4	1	0	0	1	0	2
Adenovirus	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Metapneumovirus	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
Streptococcus pneumoniae	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
Haemophilus influenzae B	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
Moraxella catarrhalis	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
Staphylococcus aureus	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	12	6	3	0	0	21	12	0	0	1	0	13

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 11 de 2026 se han notificado 15 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por DNT aguda, dos (2) confirmada, tres (3) descartadas y 10 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,05 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 11 fue de 34, para una tasa de mortalidad de 0,92 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 11 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, Magdalena y Risaralda, 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 11 de 2026 se han notificado 26 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, siete (7) confirmadas, tres (3) descartadas y 16 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 11 fue de 27 para una tasa de mortalidad de 0,73 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 11 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en las entidades territoriales departamentales, y a nivel municipal, en Bagadó. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones[1]:

- **Muerte materna temprana:** 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 temprana[2].

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 11 de 2026 se notificaron al Sivigila cinco (5) casos: cuatro (4) muertes maternas tempranas y una muerte materna tardía. El país acumula 36 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 34 residen en territorio colombiano y dos (2) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 11, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	50	31	14	95
2024	50	31	14	95
2025p	36	32	10	78
2026p	34	17	10	61

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 20 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá, D.C., Antioquia, Caquetá, Cesar, Cundinamarca, La Guajira y Risaralda. 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 6).

Al realizar análisis desagregado a nivel municipal, se presentó un (1) caso de muerte materna temprana en El bagre (Antioquia), Arauquita (Arauca), Pueblo Rico (Caquetá), Paime (Cundinamarca), Fundación (Magdalena) y Ortega (Tolima); en el promedio histórico 2022–2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento. Se observó diferencia estadísticamente significativa en Florencia (Caquetá) (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 11 de 2026, el 52,9 % corresponde a causas directas y el 38,2 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 23,5 % (tabla 8).

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 6. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 11 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 11	Acumulado de casos a SE 11	
		2025	2026
Colombia	**49**	**36**	**34**
Bogotá, D.C.	5	3	6
Antioquia	4	3	4
Caquetá	1	1	3
Cesar	3	4	2
Cundinamarca	2	2	2
La Guajira	5	4	2
Risaralda	2	2	2
Arauca	1	0	1
Cartagena de Indias	1	0	1
Casanare	0	1	1
Cauca	2	0	1
Chocó	2	2	1
Huila	2	0	1
Magdalena	1	0	1
Nariño	3	1	1
Quindío	1	0	1
Santa Marta	1	0	1
Sucre	1	0	1
Tolima	2	1	1
Valle del Cauca	1	1	1
Atlántico	2	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 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 11 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 11	Valor observado SE 11
Colombia	49	34
Florencia (Caquetá)	0	2
El Bagre (Antioquia)	0	1*
Arauquita (Arauca)	0	1*
Pueblo Rico (Caquetá)	0	1*
Paime (Cundinamarca)	0	1*
Fundación (Magdalena)	0	1*
Ortega (Tolima)	0	1*

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

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 11 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 11	Número de casos y proporción a SE 11 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	**43**	**50**	**100**	**36**	**100**	**34**	**100**
DIRECTA	27	31	62,0	23	63,9	18	52,9
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	9	12	24,0	6	16,7	8	23,5
Hemorragia obstétrica	9	11	22,0	6	16,7	3	8,8
Sepsis obstétrica	4	3	6,0	4	11,1	2	5,9
Embarazo ectópico	3	2	4,0	3	8,3	2	5,9
Evento tromboembólico como causa básica	3	2	4,0	3	8,3	1	2,9
Otras causas directas	1	1	2,0	0	0,0	1	2,9
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	1	0	0,0	1	2,8	0	0,0
INDIRECTA	**14**	**18**	**36,0**	**10**	**27,8**	**13**	**38,2**
Otras causas indirectas	5	7	14,0	2	5,6	5	14,7
Otras causas indirectas: neumonía	3	2	4,0	4	11,1	4	11,8
Otras causas indirectas: cáncer	2	2	4,0	1	2,8	3	8,8
Sepsis no obstétrica	2	3	6,0	1	2,8	1	2,9
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	1	2,8	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	4,0	1	2,8	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	2,0	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	2,0	0	0,0	0	0,0
En estudio	**2**	**1**	**2,0**	**3**	**8,3**	**3**	**8,8**

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

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

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 vida[1]. 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 <=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 perinatal[2].

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

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

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

A semana epidemiológica 11 del 2026 se han notificado 1 264 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 252 corresponden a residentes en Colombia y 12 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, Barranquilla y Córdoba. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 11 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Sucre, Atlántico, Cartagena de Indias, Chocó, Magdalena, Caldas, Caquetá, Arauca, Casanare y Quindío (tabla 9).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Dosquebradas (Risaralda), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), María La Baja (Bolívar), El Copey (Cesar), San Antero (Córdoba), Gachancipá (Cundinamarca), El Rosal (Cundinamarca), El Cerrito (Valle del Cauca), San Juan de Urabá (Antioquia), Isnos (Huila), Roberto Payán (Nariño), Montenegro (Quindío), Flandes (Tolima), Restrepo (Valle del Cauca), Belmira (Antioquia), Buriticá (Antioquia), Tamalameque (Cesar) Chocontá (Cundinamarca), Puerto López (Meta) y La Tola (Nariño) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 40,9 %, seguido de neonatales tempranas con 28,2 %, neonatales tardías con 18,4 %, y las fetales intraparto con 12,4 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con el 23,4 %, seguido de prematuridad e inmaturidad con el 17,7 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,5 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 11 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; por lo que, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 11 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 11	Acumulado de casos a SE 11	
		2025	2026
Colombia	1 576	1 186	1 252
Bogotá, D.C.	159	147	188
Antioquia	174	143	144
Cundinamarca	86	81	85
Barranquilla	54	31	48
Córdoba	79	43	48
Santiago de Cali	61	48	47
La Guajira	85	47	46
Cesar	56	48	40
Huila	39	24	40
Bolívar	46	37	37
Nariño	47	45	37
Valle del Cauca	45	30	36
Meta	37	35	35
Cauca	56	38	34
Santander	48	36	33
Norte de Santander	44	30	31
Sucre	40	19	29
Atlántico	52	31	27
Boyacá	29	21	27
Cartagena de Indias	54	39	27
Chocó	38	25	27
Tolima	31	21	27
Risaralda	22	16	22
Magdalena	33	30	20
Quindío	13	7	18
Santa Marta	18	11	17
Caldas	23	22	16
Buenaventura	17	17	12
Putumayo	13	8	12
Caquetá	16	11	10
Arauca	16	5	8
Casanare	17	13	8
Vichada	8	8	6
Guainía	5	4	5
Amazonas	4	5	2
Vaupés	3	2	2
San Andrés y Providencia	2	4	1
Guaviare	3	4	0

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

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

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 11 2021 - 2025	Valor observado a SE 11 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	**1 576**	**1 252**	-
Manaure (La Guajira)	7	11	2
Dosquebradas (Risaralda)	4	10	2
Tunja (Boyacá)	2	8	8
Granada (Meta)	2	8	6
María La Baja (Bolívar)	2	6	6
El Copey (Cesar)	1	4	1
San Antero (Córdoba)	1	4	4
Gachancipá (Cundinamarca)	1	4	4
El Rosal (Cundinamarca)	1	4	4
El Cerrito (Valle del Cauca)	1	4	5
San Juan de Urabá (Antioquia)	0	3	2
Isnos (Huila)	1	3	7
Roberto Payán (Nariño)	0	3	4
Montenegro (Quindío)	1	3	5
Flandes (Tolima)	1	3	2
Restrepo (Valle del Cauca)	1	3	5
Belmira (Antioquia)	0	2	5
Buriticá (Antioquia)	0	2	5
Tamalameque (Cesar)	0	2	2
Chocontá (Cundinamarca)	0	2	1
Puerto López (Meta)	0	2	3
La Tola (Nariño)	0	2	1

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

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 11. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 11, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 11, 2024 -2026					
	2024 a SE 11	(%)	2025 a SE 11	(%)	2026 a SE 11	(%)
Colombia	**1 282**	**100,0**	**1186**	**100,0**	**1 252**	**100,0**
Asfixia y causas relacionadas	328	25,6	341	28,8	293	23,4
Prematuridad-inmaturidad	196	15,3	183	15,4	222	17,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	199	15,5	173	14,6	169	13,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	161	12,6	113	9,5	108	8,6
Malformación congénita	112	8,7	99	8,3	102	8,1
Sin información	0	0,0	33	2,8	101	8,1
Infecciones	110	8,6	101	8,5	97	7,7
Otras causas de muerte	89	6,9	75	6,3	75	6,0
Causas no específicas	41	3,2	29	2,4	51	4,1
Trastornos cardiovasculares	34	2,7	27	2,3	25	2,0
Lesión de causa externa	5	0,4	8	0,7	5	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	7	0,5	4	0,3	4	0,3

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

EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 11 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 J22[1].

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

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

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

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

En el último periodo, a nivel nacional, se registró una variación porcentual positiva en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones en consulta externa, urgencias, hospitalizaciones en sala general y en unidades de cuidado intensivo e intermedio (UCI y UCIM), en comparación con el periodo anterior; variaciones que no son estadísticamente significativas (variación porcentual >30 %, respectivamente) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 04 a 07 de 2026 y 08 a 11 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 04 a 07 de 2026	SE 08 a 11 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	471 427	560 284	18,85%	
Hospitalización en sala general	21 221	24 132	13,72%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 728	2 858	4,77%	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2026
SE: semana spidemiológica
UCI/UCIM: unidades de cuidado intensivo/unidad de cuidado intermedio

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 11 del 2026 se notificaron 134 075 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en La Guajira, Magdalena, Putumayo, Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Huila, San Andrés y Vichada. Las 29 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento en 22 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica 01 a 11 del 2026

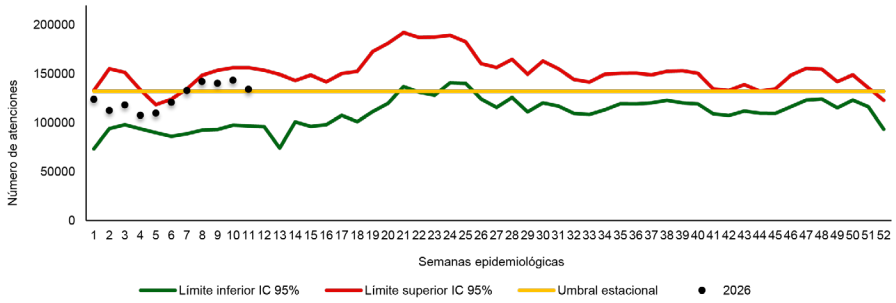
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	17 890	18 270	5 841	8 016
La Guajira	Maicao	13 699	14 914	3 958	7 299
Antioquia	Bello	14 095	18 375	4 565	6 671
Antioquia	Itagüí	19 278	18 411	4 840	6 626
Cundinamarca	Soacha	14 650	13 935	4 442	5 928
La Guajira	Uribia	10 174	11 052	2 727	4 733
Santander	Barrancabermeja	6 317	8 617	1287	3 934
Cundinamarca	Chía	11 836	9 543	3 577	3 540
Antioquia	Rionegro	7 951	9 407	2 164	3 269
Antioquia	Envigado	5 311	8 250	1 750	2 685
Santander	Floridablanca	5 292	5 639	1 517	2 544
Cundinamarca	Funza	3 637	3 602	804	2 126
Risaralda	Dosquebradas	6 788	6 005	1 739	2 124
Valle del Cauca	Palmira	7 066	5 169	1 696	1 941
Antioquia	Apartado	3 321	4 765	1 152	1 876
Magdalena	Ciénaga	5 046	4 484	1 480	1 846
Cundinamarca	Zipaquirá	4 497	4 352	1 506	1 809
Boyacá	Duitama	4 705	3 752	1 761	1 510
Córdoba	Lorica	3 144	3 287	952	1 461
Bolívar	Magangué	3 375	4 033	1 096	1 444
Córdoba	Cerete	3 734	3 965	729	1 433
Cundinamarca	Madrid	2 922	2 806	1 095	1 419
Cundinamarca	Girardot	4 327	3 389	1 337	1 375
Norte de Santander	Ocaña	3 424	3 297	1 098	1 310
Cundinamarca	Facatativá	4 091	2 670	1 625	1 282
Valle del Cauca	Cartago	3 930	3 583	1 026	1 196
Boyacá	Sogamoso	3 493	3 139	1 081	1 082
Santander	Piedecuesta	1 750	2 208	317	1 073
Valle del Cauca	Tuluá	3 388	2 494	828	1 032
Cesar	Aguachica	2 267	2 587	975	1 029
Antioquia	Turbo	3 003	3 043	754	1 015
Valle del Cauca	Buenaventura	1 508	2 033	644	903
Valle del Cauca	Yumbo	3 470	2 528	974	893
Casanare	Yopal	2 211	2 051	864	892
Córdoba	Sahagún	5 469	2 102	2 037	879
Norte de Santander	Villa Del Rosario	1 782	1 792	662	830
Huila	Pitalito	2 622	1 776	862	799
Cauca	Santander De Quilichao	2 456	1 792	845	710
Santander	Girón	1 520	1 551	331	704
Atlántico	Malambo	1 078	1 684	415	685
Cundinamarca	Mosquera	1 019	1 303	529	590
Cauca	Guapi	1 127	961	182	372
Nariño	La Florida	169	206	30	72

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (08 a 11 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 24,5 % (137 705) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,3 % (113 933). 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 13,2 % y los menores de 2 a 4 años con el 13,0 %.

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 a 11 se registró una disminución, situándose por debajo de dicho límite (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

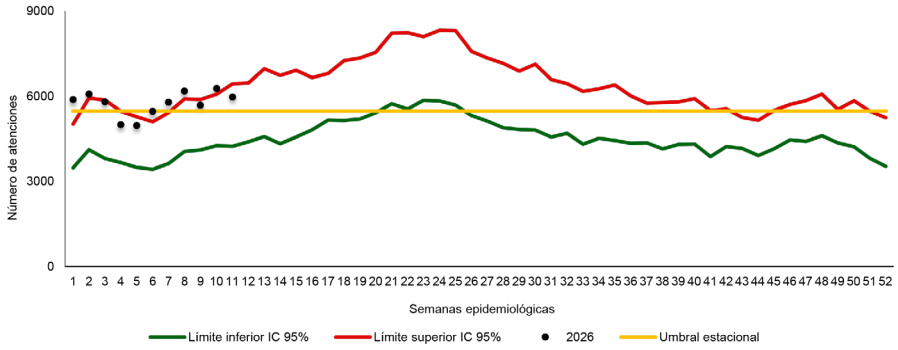
En la semana epidemiológica 11 del 2026 se notificaron 5 977 hospitalizaciones por IRA en sala general. De acuerdo con el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali, Guainía y La Guajira e incremento en Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Guaviare, Magdalena, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (08 a 11 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 242) representaron el 25,8 %, seguido de los menores de 2 a 4 años con el 17,7 % (4 290). 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 29,8 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 25,7 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones han presentado una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior en las semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2026, lo que refleja una carga de hospitalización por IRA por encima de los valores esperados según el histórico (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2026

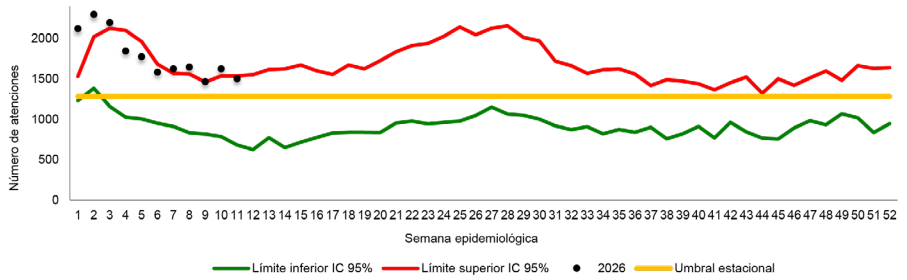


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 11 del 2026, se notificaron 1 505 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 07 a 11 de 2026 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior (figura 10).

Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 11 de 2026



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

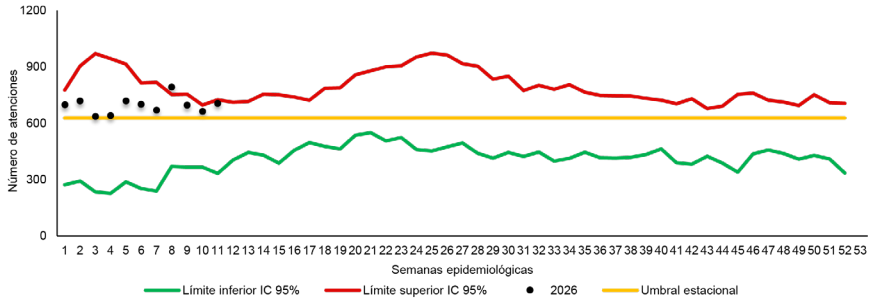
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 11 del 2026 se notificaron 706 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM, se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Cali, Casanare, Cesar, La Guajira y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Bolívar, Boyacá, Caquetá, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Nariño y Sucre. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (08 a 11 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 33,1 % (946), seguido de los menores de 1 año con el 18,5 % (530) de las hospitalizaciones en este servicio. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 25,8 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 25,3 %.

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 a 11, situándose por debajo de dicho límite (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2026

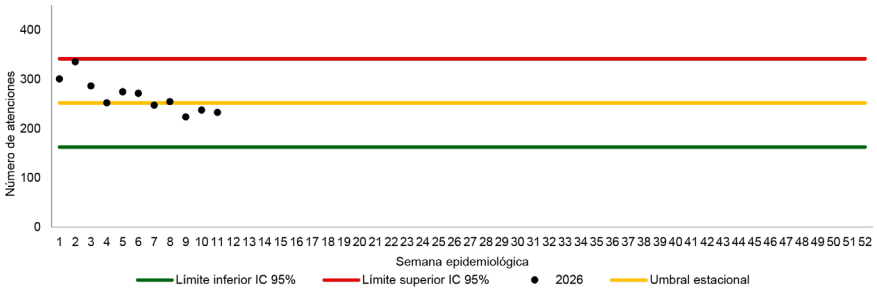


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 11 del 2026, se notificaron 232 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 a 11 se registró un descenso, situándose por debajo de dicho umbral (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 11 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 sala general y UCI/UCIM se ubicaron por debajo del límite superior en semana epidemiológica 11 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 proyectan precipitaciones por encima de lo normal en la mayor parte del país, en el marco de la transición hacia la primera temporada lluviosa. Estas condiciones de alta humedad favorecen la circulación de agentes respiratorios, por lo que se mantiene un riesgo epidemiológico moderado para IRA, recomendándose fortalecer la vigilancia, la detección temprana y las medidas de prevención y control, especialmente en los grupos de mayor riesgo(1).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente 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

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

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 continúo 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 cocirculó 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 11 de 2026, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidenció un incremento general de la positividad con aumento para enterovirus, parainfluenza y metapnemovirus y decremento en Influenza A y adenovirus, 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 14). 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 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 04 a 11 de 2026

Agente viral identificado	SE 04 a 07 de 2026			SE 08 a 11 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	**50,3**	**56,9**	**35,5**	**57,9**	**65,4**	**32,9**	
Rinovirus	20,5	19,9	19,9	19,6	17,9	4,2	
VSR	27,8	38,8	38,8	27,0	35,3	16,7	
Enterovirus	6,3	4,4	4,4	11,6	10,3	12,5	
Adenovirus	6,9	6,8	6,8	3,9	2,7	-	
Influenza B	0,9	-	-	1,2	-	16,7	
Influenza A	14,8	9,2	9,2	6,8	3,6	16,6	
Parainfluenza	8,2	9,7	9,7	13,6	15,2	20,8	
Metapnemovirus	6,0	5,3	5,3	10,1	12,1	4,2	
A(H1N1)pdm09	4,1	2,4	2,4	1,8	0,9	4,2	
SARS-CoV2	1,3	1,5	1,5	0,9	0,4	4,2	
A(H3N2)	-	-	-	-	-	-	
Coronavirus	0,2	1,9	1,9	0,6	1,8	12,5	

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

Referencias

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

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

COVID-19

Metodología

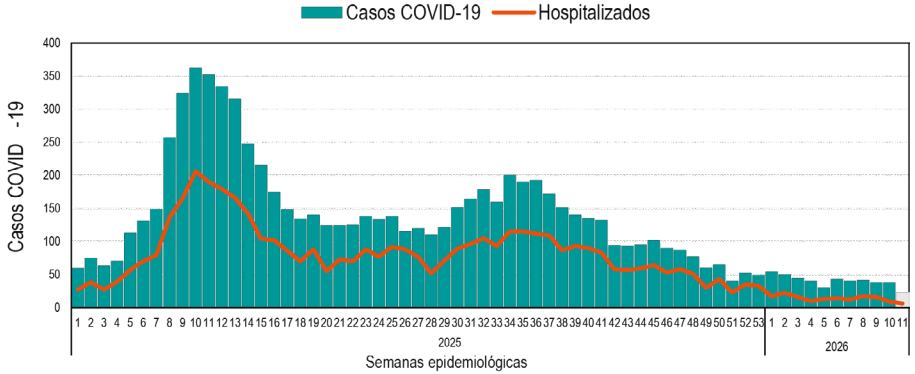
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 11 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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

En lo corrido de 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 11), con corte al 21 de marzo (semana epidemiológica 11) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado a Sivigila un total de 440 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En las últimas cuatro semanas (08 a 11 de 2026), se observó una disminución del 9,2 %, con 139 casos registrados en comparación con el periodo anterior (04 a 07 de 2026), en el cual se reportaron 153 casos. En cuanto a las hospitalizaciones, se presentó una disminución del 12,5 %, pasando de 104 casos a 91 casos en el periodo analizado. En comparación con el mismo periodo del año anterior (01 a 11 de 2025), los casos notificados en 2026 muestran una tendencia menor, como se observa en la figura 13.

Figura 13. Comportamiento temporal de los casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 11 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 11 de 2026

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 08 a 11 de 2026), se registró una incidencia de 0,2 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 23 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 50 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 04 a 07 de 2026), se observa un aumento en la notificación de casos de COVID-19 en el nivel distrital en Bogotá, D.C. y a nivel municipal en Sincelejo (Sucre).

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 04 a 07 de 2026) y el actual (semanas epidemiológicas 08 a 11 de 2026) se observa una disminución de los casos de COVID-19 en los grupos de 70 a 79 años (–75,0 %), 10 a 19 años (–58,3 %), 40 a 49 años (–40,0 %), 30 a 39 años (–38,5 %), 5 a 9 años (–30,0 %), 50 a 59 años (–20,0 %) y 2 a 4 años (–15,4 %). En contraste, se registró un incremento en los grupos de 20 a 29 años (33,3 %), 60 a 69 años (37,5 %) y 80 a 89 años (133,3 %). En el grupo de 90 a 99 años se presentó un aumento leve en términos absolutos, pasando de 0 a 3 casos (tabla 15).

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 15. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (04 a 11 de 2026)

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 04 a 06 2026	SE 087-14 2026		
Menor de un año	38	42	10,5	
1 año	10	12	20,0	
2 a 4 años	26	22	-15,4	
5 a 9 años	10	7	-30,0	
10 a 19 años	12	5	-58,3	
20 a 29 años	6	8	33,3	
30 a 39 años	13	8	-38,5	
40 a 49 años	5	3	-40,0	
50 a 59 años	10	8	-20,0	
60 a 69 años	8	11	37,5	
70 a 79 años	12	3	-75,0	
80 a 89 años	3	7	133,3	
90 a 99 años	0	3	300,0	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	153	139	-9,2	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, SE 04 a 11 de 2026
PE: periodo epidemiológico, NC: no calculable

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

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 11 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*

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

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 11 del 2026 se notificaron 2 743 casos de dengue: 2 006 casos de esta semana y 737 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 25 378 casos, 15 444 (60,9 %) sin signos de alarma, 9 694 (38,2 %) con signos de alarma y 240 (0,9 %) de dengue grave.

El 62,8 % (15 907) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Cartagena de Indias, Norte de Santander, Santander, Bolívar, La Guajira, Magdalena y Barranquilla (tabla 16).

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 07 a 10 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 03 a 06 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Bolívar, Boyacá, Caquetá, Casanare, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Putumayo, Risaralda, Tolima y Vaupés; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 11 del 2026

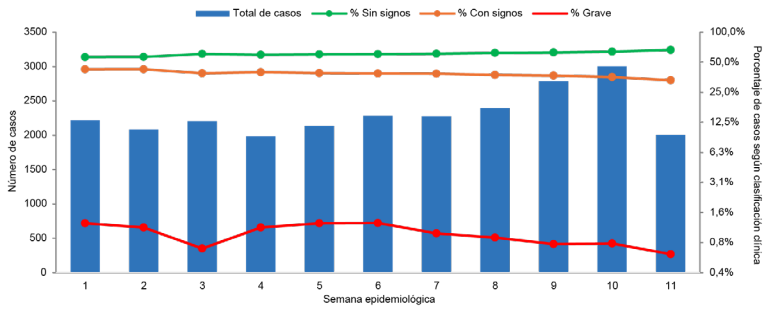
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 03 - 06 2026)	Observado (SE 07-10 2026)
Meta	2 750	30.3	1.1	863	1281
Cesar	2 385	57.2	0.3	834	901
Cartagena	1 891	20.4	0.6	726	650
Norte de Santander	1 877	36.0	1.4	731	769
Santander	1 780	34.3	0.4	617	757
Bolívar	1 422	37.9	1.5	440	691
La Guajira	1 302	55.7	1.5	470	491
Magdalena	1 297	52.0	0.6	457	544
Barranquilla	1 203	40.7	0.8	409	419
Tolima	1 144	30.6	2.4	352	503
Santa Marta	1 105	39.4	0.2	442	322
Córdoba	975	42.5	0.8	324	411
Antioquia	937	37.7	1.0	345	352
Atlántico	932	45.6	1.1	320	362
Arauca	454	36.8	0.7	166	196
Valle del Cauca	428	30.8	0.7	146	189
Cundinamarca	418	31.8	0.7	120	170
Huila	413	36.8	2.7	86	191
Sucre	390	49.7	0.5	145	153
Santiago de Cali	377	34.5	0.8	128	154
Putumayo	276	18.1	0.7	40	145
Amazonas	259	13.1	0.0	94	118
Casanare	254	37.8	0.4	48	161
Guaviare	232	12.1	0.4	15	159
Chocó	175	23.4	1.7	70	49
Nariño	146	38.4	0.7	48	70
Caquetá	127	55.9	2.4	40	57
Quindío	85	21.2	2.4	33	33
Cauca	59	35.6	0.0	19	24
Exterior	56	42.9	5.4	20	22
Risaralda	55	30.9	0.0	15	24
Boyacá	41	51.2	0.0	10	21
Caldas	36	52.8	0.0	13	17
Vaupés	33	0.0	0.0	1	31
Buenaventura	28	28.6	0.0	10	10
Vichada	27	22.2	0.0	10	11
Archipiélago de San Andrés	7	14.3	0.0	0	6
Guainía	2	0.0	0.0	0	0
Total	**25 378**	**38,2**	**0,9**	**8 607**	**10 464**

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

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39,1 % a nivel nacional (figura 14). Sin embargo, se registró 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 07 a 10 de 2026) en las entidades territoriales de: Caldas, Caquetá, Cesar y La Guajira.

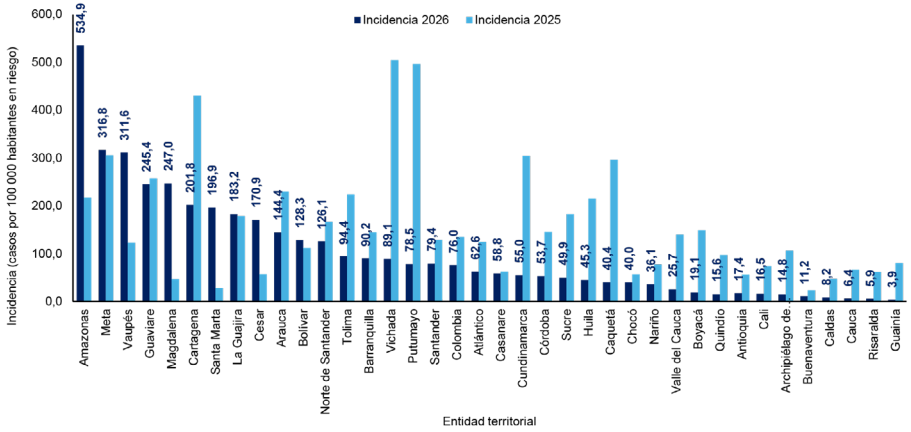
Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 11, 2026



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

A semana epidemiológica 11 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 76,0 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 134,7 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Amazonas, Meta, Vaupés, Guaviare, Magdalena, Cartagena de Indias, Santa Marta, La Guajira y Cesar presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 11 del 2026, registrando tasas superiores a 180 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 109,7 casos por 100 000 habitantes.

Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 11 del 2025 y 2026



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

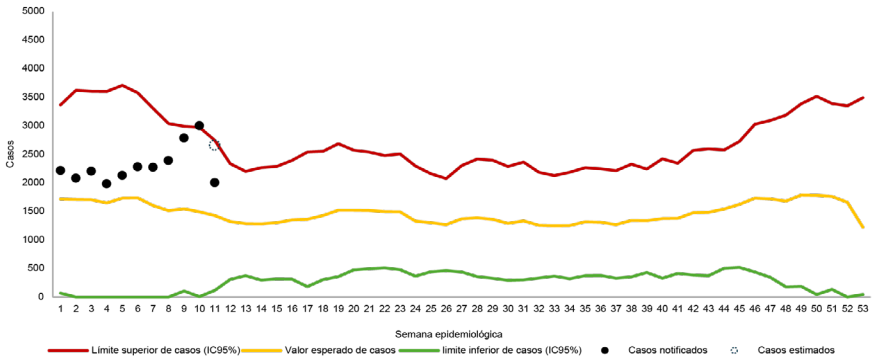
En la semana epidemiológica 11 del 2026, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 21,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 07 a 10 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 03 a 06, 2026) (figura 16). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 11), se observó una reducción del 43,0 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 44 932 casos.

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 40,5 % (15) está dentro de lo esperado, el 19,0 % (7) se encuentra en situación de alerta y el 40,5 % (15) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 11 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 16,4 % (135) 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 33,3 % (19/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Figura 16. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 11 del 2026



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

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 11 del 2026

Situación epidemiológica a SE 11, 2026	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de marzo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Amazonas	Guaviare, Meta	Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla., Cartagena de Indias., Cesar, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta, Santander, Vaupés,
Alerta	-	Quindío, Nariño	Antioquia, Córdoba, Cundinamarca, Tolima, Vichada
Dentro de lo esperado	Boyacá, Santiago de Cali D. E., Caquetá, Guainía, Putumayo	Buenaventura D. E., Caldas, Casanare, Cauca, Chocó, Huila, Risaralda, Valle del Cauca	Archipiélago de San Andrés y Providencia., Sucre

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

Tabla 18. 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 11 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		Esperado (SE 03 - 06 2026)	Observado (SE 07-10 2026)
Atlántico	Barranquilla	91.7	1 203	409	419
	Sabanalarga	70,8	73	29	22
Bolívar	Cartagena	179,2	1 891	726	650
	Magangué	80,7	116	29	58
	Turbaco	133,2	155	41	78
Cesar	Valledupar	179,3	990	350	374
Córdoba	Montería	76,0	390	128	169
	Cereté	69,1	76	23	36
La Guajira	Riohacha	219,1	459	168	133
	Maicao	129,6	249	96	97
Santa Marta	Santa Marta	200,0	1 105	442	322
Magdalena	Ciénaga	215,7	275	100	128
Meta	Villavicencio	424,6	2 165	691	1001
Nariño	San Andrés de Tumaco	40,0	103	34	51
Norte de Santander	Cúcuta	130,6	997	373	448
	Ocaña	66,6	79	37	29
Santander	Bucaramanga	91,0	563	201	236
	Barrancabermeja	110,9	238	92	97
Arauca	Arauca	60,8	61	26	28

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

A semana epidemiológica 11 del 2026, se han notificado 72 muertes probables por dengue las cuales se han confirmado siete (7) casos, se han descartado 25 casos y se encuentran en estudio 40 casos, de los cuales dos (2) casos proceden del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,03 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 39 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 19).

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 11, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 11, 2026	Letalidad por dengue a SE 11, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	1	1	0.24	0.15
La Guajira	3	3	0.23	0.00
Atlántico	1	1	0.11	0.11
Magdalena	1	1	0.08	0.00
Norte de Santander	1	0	0.05	0.04
Tolima	0	6	0.00	0.04
Santander	0	4	0.00	0.07
Meta	0	3	0.00	0.11
Antioquia	0	2	0.00	0.13
Cesar	0	2	0.00	0.00
Putumayo	0	2	0.00	0.00
Quindío	0	2	0.00	0.00
Valle del Cauca	0	2	0.00	0.00
Arauca	0	1	0.00	0.14
Bolívar	0	1	0.00	0.16
Santiago de Cali	0	1	0.00	0.12
Caquetá	0	1	0.00	0.00
Cartagena de Indias	0	1	0.00	0.10
Casanare	0	1	0.00	0.00
Chocó	0	1	0.00	0.00
Córdoba	0	1	0.00	0.11
Sucre	0	1	0.00	0.14
Colombia	7	38	0,03	0,08

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %. SE: semana epidemiológica.
**No se incluyen en esta tabla los casos procedentes del exterior*
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025-2026.

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 11 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

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

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

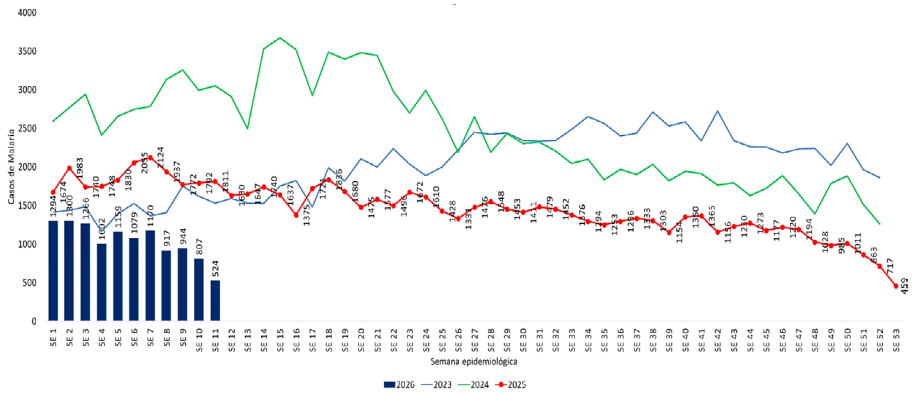
[1] Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: *https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf*

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución por malaria (figura 17).

Figura 17. Comportamiento epidemiologico de la malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiologica 01 a 11 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2025

En la semana epidemiológica 11 del 2026 se notificaron 1 139 casos de malaria, para un acumulado de 11 462 casos, de los cuales 11 260 son de malaria no complicada y 202 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 77,7 % (8 904), seguido de *Plasmodium falciparum* con 21,3 % (2 436) e infección mixta con 1,1 % (122). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,2 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (25,8 %), Antioquia (15,9 %), Córdoba (9,6 %), Guainía (8,5 %), Nariño (6,5 %), Amazonas (5,2 %), Vichada (4,0 %), Meta (3,7), Risaralda (3,5 %), Bolívar (3,2 %), Vaupés (2,8 %), Guaviare (2,3 %) y Cauca (2,2 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 70,7 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 04 y 07 2026	Casos SE 08 a 11 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	866	316	261	22,84
Córdoba	Tierralta	682	313	128	6,83
Antioquia	El Bagre	421	186	119	7,48
Chocó	Quibdó	349	111	124	2,41
Meta	Puerto Gaitán	347	128	82	7,52
Risaralda	Pueblo Rico	338	134	40	20,13
Chocó	Lloró	336	92	111	31,67
Chocó	Bagadó	316	124	86	26,68
Vaupés	Mitú	249	98	56	10,25
Vichada	Puerto Carreño	240	118	75	10,61
Chocó	Istmina	236	96	71	6,98
Buenaventura	Buenaventura	227	67	99	0,70
Amazonas	La Pedrera (CD)	225	79	34	52,89
Vichada	Cumaribo	205	98	50	2,36
Amazonas	Tarapacá (CD)	201	73	45	45,94
Bolívar	Montecristo	192	65	69	10,45
Chocó	Medio San Juan	191	58	62	16,24
Córdoba	Puerto Libertador	175	81	33	3,85
Antioquia	Cáceres	166	79	57	5,33
Chocó	Carmen del Darién	153	67	25	6,91
Chocó	Alto Baudó	150	53	48	4,80
Cauca	Guapi	142	49	43	4,81
Nariño	El Charco	141	54	47	6,06
Nariño	Olaya Herrera	137	59	43	5,18
Antioquia	Turbo	135	48	39	1,00
Norte de Santander	Tibú	133	51	38	2,14
Guaviare	San José del Guaviare	131	38	37	2,07
Antioquia	Nechí	130	49	50	4,66
Chocó	Río Quito	125	29	60	13,65
Chocó	Tadó	119	51	33	5,90
Antioquia	Chigorodó	111	45	39	1,78
Chocó	El Cantón del San Pablo	110	41	34	15,93
Chocó	Juradó	105	38	10	13,93
Chocó	Bajo Baudó	100	38	10	2,95
Antioquia	Zaragoza	96	32	29	3,66

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

Nota: *en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 70,9% de los casos.*

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 50,3 % de los casos. En comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, El Bagre, Pueblo Rico, Puerto Gaitán, Mitú, Puerto Carreño, Bagadó, La Pedrera (CD), Puerto Libertador, Tarapacá (CD), Cumaribo y Cáceres y en incremento los municipios de Lloró y Montecristo (tabla 21). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 60,7 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Guapi, El Charco, Istmina, Timbiquí, Medio San Juan, Tierralta, Puerto Gaitán y Olaya Herrera y en incremento los municipios de Quibdó, Buenaventura, Inírida, Río Quito y Magüi como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 11 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 04 a 07 de 2026	Casos SE 08 a 11 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	287	222	-23%	8,9%
Córdoba	Tierralta	277	119	-57%	7,0%
Antioquia	El Bagre	172	101	-41%	4,4%
Risaralda	Pueblo Rico	126	34	-73%	3,7%
Meta	Puerto Gaitán	110	69	-37%	3,2%
Chocó	Lloró	65	81	25%	2,8%
Vaupés	Mitú	96	54	-44%	2,7%
Vichada	Puerto Carreño	117	72	-38%	2,7%
Chocó	Bagadó	98	61	-38%	2,7%
Amazonas	La Pedrera (CD)	77	34	-56%	2,6%
Bolívar	Montecristo	62	67	8%	2,1%
Córdoba	Puerto Libertador	81	33	-59%	2,0%
Amazonas	Tarapacá (CD)	57	37	-35%	1,9%
Vichada	Cumaribo	77	44	-43%	1,9%
Antioquia	Cáceres	78	55	-29%	1,8%

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

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 11 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 04 a 07 de 2026	Casos SE 08 a 11 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	54	77	43%	8,2%
Buenaventura	Buenaventura	43	69	60%	6,3%
Cauca	Guapi	45	37	-18%	5,5%
Nariño	El Charco	51	39	-24%	5,2%
Chocó	Istmina	53	29	-45%	4,7%
Guainía	Inírida	29	38	31%	3,8%
Cauca	Timbiquí	50	21	-58%	3,7%
Chocó	Lloró	24	24	0%	3,6%
Chocó	Río Quito	18	41	128%	3,3%
Chocó	Medio San Juan	26	18	-31%	3,1%
Chocó	Bagadó	25	23	-8%	3,1%
Córdoba	Tierralta	34	9	-74%	2,8%
Meta	Puerto Gaitán	17	13	-24%	2,7%
Nariño	Magüí	15	20	33%	2,5%
Nariño	Olaya Herrera	26	22	-15%	2,3%

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 11 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Ocho departamentos están en situación de incremento y ocho en decremento, a nivel municipal se encuentran 30 municipios en incremento y 75 en decremento (tabla 23).

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 11 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 11 2025	Acumulado 2026	SE 11 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	380	14	206	5	25	45
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	92	0	0	11
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	25	3	227	1	17	34
Antioquia	Cáceres	4	100	4	169	15	39	59
Antioquia	Nechí	5	251	33	130	6	19	50
Antioquia	Yondó	4	14	0	33	1	2	11
Arauca	Saravena	4	167	13	42	1	1	13
Arauca	Arauquita	4	12	0	6	0	1	4
Arauca	Fortul	4	8	0	13	0	0	4
Bolívar	Montecristo	5	235	17	204	10	50	71
Boyacá	Cubará	4	292	38	68	2	1	25
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	6	0	22	2	3	9
Caquetá	Solano	4	14	1	15	2	0	4
Caquetá	Puerto Rico	4	1	0	4	1	0	2
Caquetá	Florencia	4	110	18	35	1	1	12
Casanare	Maní	3	0	0	8	0	0	3
Chocó	El Carmen de Atrato	4	61	4	56	1	9	13
Chocó	Belén de Bajirá	5	37	2	105	1	13	42
Chocó	Istmina	5	250	23	238	13	67	71
Córdoba	Tuchín	4	18	0	30	1	3	8
Guainía	Barrancominas	4	18	2	73	6	12	26
Meta	Puerto Concordia	4	15	5	15	0	2	8
Meta	Puerto Rico	4	32	5	11	0	2	6
Meta	Puerto Gaitán	4	31	17	354	15	16	84
Meta	Puerto López	4	40	6	5	0	0	4
Putumayo	Puerto Leguízamo	4	7	0	25	2	2	8
Risaralda	Pereira	4	4	0	8	1	1	3
Risaralda	La Virginia	4	27	0	14	0	0	2
Vichada	Puerto Carreño	4	77	1	247	9	9	79

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 infecciosas[1].

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 11 del 2026, se han notificado 4 674 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 4 652 corresponden a residentes en Colombia y 22 casos de residentes en el exterior.

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (12 de 2025 a 11 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 24).

El 82,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 17,1 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,9 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (27,4 %) y en los de 1 año de edad (26,5 %). Así mismo, el 66,1 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 11 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en el distrito de Santa Marta y en los departamentos de Quindío, Córdoba, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las tablas de mando del BES. 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 202 municipios a nivel nacional (18,0 %) y de disminución en 35 municipios (3,1 %). 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 25).

Tabla 24. 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 11, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 11 de 2025	Casos a SE 11 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	**4 852**	**4 652**	**0,54**	**18,4**	**3,2**
La Guajira	402	387	1,55	20,0	6,7
Vichada	36	36	1,22	0,0	25,0
Chocó	238	183	1,15	38,7	12,9
Magdalena	139	135	0,83	26,7	6,7
Guaviare	23	19	0,75	25,0	25,0
Risaralda	102	102	0,75	28,6	0,0
Arauca	58	55	0,67	42,9	42,9
Amazonas	12	13	0,66	9,1	0,0
Cartagena de Indias	105	106	0,66	0,0	0,0
Casanare	45	58	0,64	5,3	10,5
Boyacá	119	129	0,60	14,6	0,0
Cesar	230	158	0,58	16,0	20,0
Antioquia	770	682	0,57	26,4	0,8
Bogotá, D.C	653	650	0,57	0,0	0,0
Vaupés	12	8	0,56	0,0	16,7
Bolívar	114	135	0,56	34,8	6,5
Norte Santander	160	128	0,56	7,5	5,0
Nariño	152	171	0,53	17,2	1,6
Putumayo	52	54	0,51	15,4	0,0
Cundinamarca	256	276	0,51	15,5	0,9
Guainía	9	7	0,51	0,0	0,0
Valle del Cauca	134	138	0,46	23,8	0,0
Santiago de Cali	131	120	0,45	0,0	0,0
Meta	95	105	0,45	27,6	0,0
Buenaventura	44	27	0,45	0,0	0,0
Sucre	92	81	0,43	30,8	3,8
Huila	100	103	0,43	10,8	0,0
Barranquilla	32	35	0,38	0,0	0,0
Tolima	72	88	0,38	14,9	0,0
Santa Marta	39	28	0,38	100,0	0,0
Caquetá	35	41	0,35	25,0	6,3
Caldas	32	42	0,34	14,8	0,0
Atlántico	42	73	0,31	26,1	4,3
Quindío	12	26	0,30	25,0	0,0
Santander	126	96	0,28	10,3	3,4
Córdoba	120	102	0,28	10,0	0,0
Cauca	59	51	0,25	7,1	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	4	0,21	0,0	0,0

*SE: semana epidemiológica, *Casos acumulados de SE 12 de 2025 a SE 11 de 2026.*
Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 y 2026 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2025.

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Tabla 25. 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 11 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	69	45
Atlántico	Soledad	20	29
Tolima	Ibagué	13	24
Caquetá	Florencia	17	22
Santander	Bucaramanga	27	22
Antioquia	Turbo	14	20
Sucre	Sincelejo	10	20
Antioquia	Rionegro	8	19
Valle del Cauca	Jamundí	11	18
Valle del Cauca	Tuluá	5	17
Antioquia	Itagüí	10	15
Risaralda	Dosquebradas	10	15
Valle del Cauca	Cartago	5	15
Arauca	Arauca	23	14
Cesar	Aguachica	7	13
Santander	Girón	13	7
Antioquia	Apartadó	18	5
Magdalena	Ciénaga	11	5
Santander	Piedecuesta	10	5
Cundinamarca	Girardot	12	2
Norte de Santander	Villa del Rosario	12	2
Bolívar	Turbaco	4	0

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

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

Tos ferina

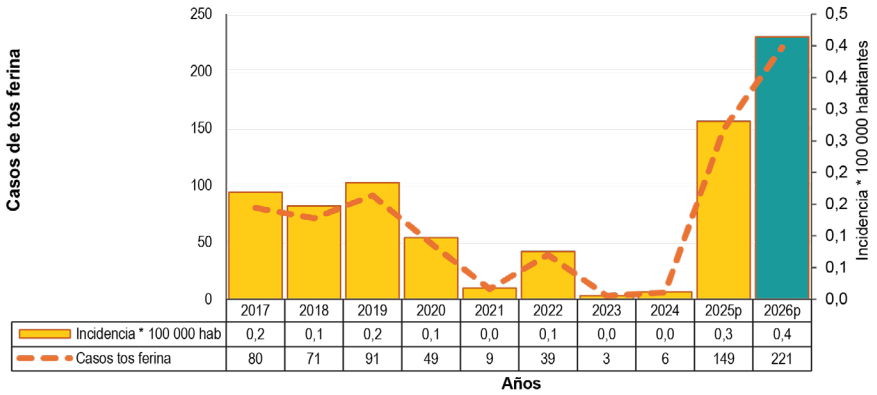
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 10 de 2026

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 10 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 1 271 casos probables de tos ferina; de estos, el 17,5 % (222) se confirmó, de los cuales 221 corresponden a casos con procedencia de Colombia, el 53,8 % (684) corresponde a casos descartados y el 28,7 % (365) se encuentra en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 10 es de 0,4 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos correspondientes a la misma semana epidemiológica en años anteriores, se evidencia un incremento sostenido en el número de casos notificados, en los que la indicencia no superó los 0,3 casos por cada 100 000 habitantes en 2025 (figura 18).

Figura 18. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 10, 2017 a 2026p



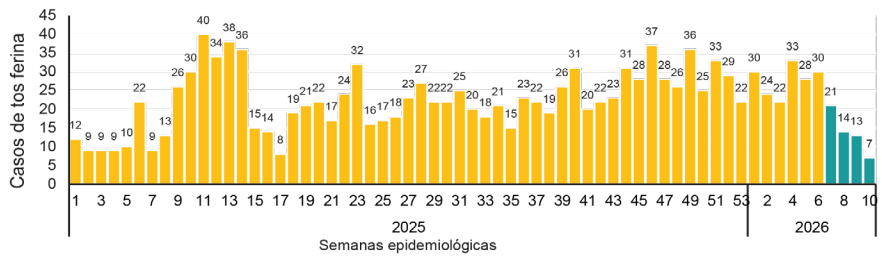
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026 (datos preliminares).

p: dato preliminar sujeto a validación.

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

La figura 19 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 06, con un pico máximo en la semana epidemiológica 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa, aunque con repuntes en las semanas epidemiológicas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos), 49 (36 casos) de 2025 y 04 (33 casos), 06 (30 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas se registra una reducción del 51,3 %, al pasar de 113 casos (semanas epidemiológicas 03 a 06 de 2026) a 55 casos (semanas epidemiológicas 07 a 10 de 2026). Se debe tener en cuenta que estos datos están sujetos a modificaciones debido al rezago inherente al proceso de confirmación de casos.

Figura 19. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 10 de 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2025 y 2026 (datos preliminares).
p: dato preliminar sujeto a validación.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 10, de 2019 a 2026

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia, con 38 casos y una incidencia de 0,6 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, D.C., con 26 casos y una incidencia de 0,3 por cada 100 000 habitantes, y Cartagena de Indias, con 21 casos y una incidencia de 2,3 por cada 100 000 habitantes.

La tabla 26 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026 (datos preliminares) para la misma semana epidemiológica.

Tabla 26. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 10, 2019 a 2026

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0,18	0,09	0,01	0,06	0,01	0,01	0,22	0,41		221
Antioquia	0,20	0,14	0,03	0,06	0,00	0,01	0,72	0,63		44
Bogotá, D.C.	0,24	0,06	0,01	0,01	0,01	0,00	0,53	0,34		27
Cartagena de Indias	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,27		23
Santander	0,04	0,13	0,13	0,00	0,00	0,00	0,08	0,71		17
Norte de Santander	0,45	0,06	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,64		11
Cesar	0,08	0,23	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,60		9
Risaralda	0,31	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40	0,79		8
Casanare	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,46		7
Chocó	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,17	0,67	1,17		7
Santiago de Cali	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,31		7
Cundinamarca	0,13	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	0,19		7
Bolívar	0,00	0,17	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,48		6
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,52		5
Boyacá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,39		5
Cauca	0,07	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,31		5
La Guajira	0,00	0,00	0,00	2,85	0,00	0,00	0,00	0,37		4
Huila	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	0,00	1,32	0,33		4
Barranquilla	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,31		4
Arauca	0,36	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,36	1,07		3
Atlántico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,19		3
Vaupés	67,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,50		2
Santa Marta	0,00	0,19	0,00	0,36	0,18	0,00	0,00	0,34		2
Sucre	0,11	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,19		2
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,10		2
Valle del Cauca	0,10	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,10	0,09		2
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,65		1
Putumayo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25		1
Caldas	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38	0,09		1
Meta	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,17	0,09		1
Tolima	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,07	0,00	0,07		1

Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2019 a 2026 (datos preliminares).
p: dato preliminar sujeto a validación.
**La incidencia de Vaupés en 2019 corresponde a un brote registrado en población indígena de ese año.*

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la incidencia nacional fue de 0,1 casos por cada 100 000 habitantes (54 casos). Se observa un aumento en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (07 a 10 de 2026) en: Caldas, Cundinamarca y Magdalena (tabla 27).

Tabla 27. Tendencia de casos de tos ferina en Colombia, por departamento de procedencia en las últimas cuatro semanas epidemiológicas 07 a 10 de 2026

Entidad territorial	Casos PE anterior (SE 02 a 05 de 2026)	Casos PE actual (SE 06 a 09 de 2026)	Incidencia PE anterior (SE 02 a 05 de 2026)	Casos PE actual (SE 06 a 09 de 2026)	Tendencia
Colombia	113	54	0,2	0,1	
Caldas	0	1	0,0	0,1	
Cundinamarca	1	3	0,0	0,1	
Magdalena	1	4	0,1	0,4	
Santander	7	8	0,3	0,3	
Antioquia	23	12	0,3	0,2	
Barranquilla	4	0	0,3	0,0	
Bogotá, D.C.	18	3	0,2	0,0	
Cartagena de Indias	10	4	1,0	0,4	
Boyacá	3	1	0,2	0,1	
Cesar	6	1	0,4	0,1	
Córdoba	1	0	0,1	0,0	
Chocó	4	2	0,7	0,3	
Huila	2	0	0,2	0,0	
La Guajira	1	0	0,1	0,0	
Meta	1	0	0,1	0,0	
Norte de Santander	9	2	0,5	0,1	
Risaralda	4	1	0,4	0,1	
Sucre	1	0	0,1	0,0	
Valle del Cauca	2	0	0,1	0,0	
Arauca	2	1	0,7	0,4	
Putumayo	1	0	0,3	0,0	
Vichada	1	0	0,7	0,0	

**Nota: solo se incluyeron los casos con procedencia Colombia*
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2026 (datos preliminares).
p: dato preliminar sujeto a validación, PE: periodo epidemiológico, SE: semana epidemiológica

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

En la semana epidemiológica 10 de 2026 (datos preliminares) se identificaron 45 casos confirmados de tos ferina en población indígena, distribuidos en los departamentos de Santander (9 casos), Antioquia (6), Chocó (7), Cauca (5), Risaralda y Norte de Santander (4 casos cada uno), Casanare (n = 4), Vaupés (n = 2) y Vichada, Cesar, Caldas y Boyacá con un caso cada uno. Los brotes en seguimiento se presentan en la tabla 28.

Tabla 28. Brotes de tos ferina en seguimiento, Colombia, 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		**45**		
Chocó	Carmen del Darien	4	10/03/2026	21/04/2026
Cauca	Caldono	2	03/03/2026	14/04/2026
Santander	Cerrito	6	01/03/2026	12/04/2026
Casanare	Paz de Ariporo	4	23/02/2026	06/04/2026
Santander	Concepción	3	23/02/2026	06/04/2026
Caldas	Aranzazu	1	19/02/2026	02/04/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cucuta	3	08/02/2026	22/03/2026
Antioquia	Dabeiba	6	08/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	06/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	09/03/2026
Cesar	Agustín Codazzi	1	26/01/2026	09/03/2026
Vichada	Cumaribo	1	24/01/2026	07/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	04/03/2026
Cauca	Toribio	1	16/01/2026	27/02/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026
Vaupés	Mitú	2	06/01/2026	17/02/2026

FIS: fecha de inicio de síntomas
Celdas en gris: brotes de tos ferina que por tiempo ya cerraron
Fuente: Sivigila 2026p.

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual fiebre amarilla nacional, 25 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 el 2026, a corte del 24 de marzo (datos preliminares), se han notificado 413 casos probables, 32 confirmados (31 por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero y el 15 de marzo de 2026, todos procedentes del Tolima. Se han notificado 16 muertes probables, 12 confirmadas y cuatro (4) en estudio, para una letalidad de 37,5 % (12/32).
En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 180 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 10 departamentos de Colombia (Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare); adicionalmente se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela).
Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 71 casos y cuatro (4) se encuentran en estudio (letalidad del 39,4 %). Entre el 18 al 25 de marzo de 2026 se confirmaron dos (2) caso de fiebre amarilla, de procedencia Tolima en el municipio de Suárez e Icononzo.
Respecto a las epizootias, durante 2025 y 2026 (datos preliminares) se han confirmado 85 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). El último caso se confirmó el 19 de marzo de 2026 por parte del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) en zona rural del Ortega (Tolima).

Nota aclaratoria: semana epidemiológica 53 (28 de diciembre de 2025 al 03 enero de 2026) y semana epidemiológica 01 (04 al 10 enero de 2026). Los casos de eventos transmitidos por vectores en la semana epidemiológica se calculan según fecha de inicio de síntomas..

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

[1] El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.
[2] Se excluyen 5 casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y dos (2) casos en estudio.

Frente frío Córdoba, 19 de marzo 2026

Con corte al 19 de marzo 2026, según el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), Córdoba presenta alta probabilidad de crecientes súbitas y niveles elevados en cuencas como Sinú, Alto y Medio Magdalena, Sogamoso, Bajo Magdalena–Cauca–San Jorge y Cauca, así como riesgo de deslizamientos en varios municipios. Se mantiene un riesgo hidrológico alto en la cuenca del río Sinú, con niveles elevados en los tramos alto, medio y bajo, además de la probabilidad de crecientes súbitas en sus afluentes, especialmente en los sectores ubicados aguas abajo del embalse de Urrá.

En el departamento se registran 129 Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE), de los cuales 25 se encuentran activos, 104 están cerrados y 10 pendientes por caracterizar, albergando una población total aproximada de 3 920 personas. Estos alojamientos están localizados en los municipios de Los Córdobas, Montería, Puerto Libertador, San Bernardo del Viento, San Pelayo y Tierralta, donde se continúa realizando seguimiento a las condiciones de habitabilidad y atención a la población afectada.

De acuerdo con la caracterización higiénico-sanitaria, en varios municipios el agua disponible no es apta para el consumo directo, debido a que los sistemas de tratamiento resultan insuficientes o inexistentes, y se depende principalmente de fuentes naturales como ríos, quebradas y aguas lluvias. Esta situación incrementa la necesidad de hervir o tratar el agua antes de su consumo. Adicionalmente, se identifican dificultades relacionadas con la intermitencia del servicio de energía eléctrica y con el manejo inadecuado de excretas y residuos sólidos, evidenciándose prácticas como la incineración o la disposición a cielo abierto en algunos territorios.

La presencia constante de animales domésticos y vectores, como roedores y mosquitos, es común en los municipios evaluados, lo que puede favorecer la aparición de enfermedades transmisibles. Durante la semana epidemiológica 10 de 2026, se evidenció a nivel departamental un incremento en los eventos de dengue, morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) con hospitalización en sala general, tos ferina, enfermedad por virus Zika y tuberculosis. Asimismo, frente al comportamiento inusual, se observó un aumento de dengue, accidente ofídico, IRA y enfermedad diarreica aguda (EDA) en los municipios que se relacionan a continuación.

Tabla 29. Municipios con comportamiento inusual en eventos priorizados de salud pública asociados a la emergencia climática por frente frío en Córdoba, SE 10

Evento	Municipios	Número de municipios
Accidente ofídico	Ayapel; Montería; Los Córdobas; La Apartada; Canalete; Puerto Escondido; San José de Uré; Buenavista.	8
Dengue	Ayapel; Montería; Montelíbano; Cereté; Planeta Rica; Chinú; Moñitos; San Antero; San Pelayo; Puerto Libertador.	8
Desnutrición	Tuchín; Puerto Escondido; Pueblo Nuevo.	3
Agresión por un animal potencialmente agresor del virus de la rabia	Los Córdobas; La Apartada; Ciénaga de Oro; San Pelayo.	4
Malaria	Tuchín	1
Morbilidad Materna Extrema	San José de Uré; Puerto Escondido; San Antero.	3
IRA (hospitalización)	Ayapel; Montería; Lorica; Montelíbano; Sahagún; Cereté.	6
IRA (urgencias)	Ayapel, San Andrés Sotavento, Chimá, Tierralta, Lorica, La Apartada, Canalete, Montelíbano, San José de Uré, Cereté, Buenavista, Planeta Rica, Ciénaga de Oro, Moñitos, Puerto Libertador.	15
Tuberculosis	Montería; Lorica; Ciénaga de Oro.	3
Violencia de género	San José de Uré y Moñitos.	2
EDA	Ayapel; Canalete; Cereté; San Bernardo del Viento; Ciénaga de Oro; San Carlos; Puerto Libertador.	7
Intento de suicidio	Sahagún; Cereté	2
Intoxicación	Cotorra; San José de Uré.	2
Intento de suicidio	Cereté	1
Tos ferina	Montería	1
Varicela	Montería	1

Fuente: elaboración propia basada en datos de la sala de análisis, semana epidemiológica 10 de 2026

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 (GFRA).

Fuente: Sala de análisis del riesgo ambiental - INS

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Actualización de casos importados de sarampión nivel nacional, 24 de marzo de 2026

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

Con corte al 24 de marzo de 2026, se han notificado 463 casos sospechosos, de los cuales 286 han sido descartados y cuatro (4) han sido confirmados mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. Actualmente, 173 casos sospechosos permanecen en estudio, distribuidos principalmente en Bogotá, D.C. (70) y Antioquia (25), seguidos por Barranquilla (9), Sucre (7) y Tolima (6), así mismo, Córdoba, Meta y Valle del Cauca registran cinco (5) casos cada uno, mientras que Caldas, Cesar, Risaralda y Santa Marta notifican cuatro (4) casos cada uno. Por su parte, Huila, Norte de Santander y Santander reportan tres (3) casos cada uno y Atlántico, Boyacá, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Casanare, Cundinamarca, Putumayo y Quindío registran entre 1 y 2 casos.

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

A nivel administrativo, la Circular Conjunta 0004 de 2026 ha permitido estandarizar las capacidades de respuesta, con el apoyo de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) y las estrategias de comunicación del riesgo. En relación con el seguimiento diario de contactos, se ha logrado cerrar exitosamente el cerco epidemiológico de tres (3) casos confirmados, sin evidencia de transmisión secundaria, mientras que uno (1) permanece bajo seguimiento.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional, Instituto Nacional de *Salud (INS), Colombia, 24 de marzo de 2026.*

Foco de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) en aves, Meta, marzo 25 de 2026

Durante el mes de marzo de 2026, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) confirmó la ocurrencia de un foco de influenza aviar altamente patógena A(H5N1) en aves domésticas de traspatio, localizado en el municipio de Puerto Concordia (Meta). Los signos clínicos iniciales en los animales se presentaron el 03 de marzo de 2026, evidenciándose una mortalidad del 100 % en una población de 120 aves susceptibles. Se realizó la activación inmediata de las medidas de control sanitario establecidas por el ICA, incluyendo la delimitación de anillos sanitarios, la vigilancia pasiva, el seguimiento de nexos epidemiológicos, el control de la movilización de aves y subproductos, el monitoreo de especies susceptibles, el despoblamiento sanitario del predio afectado y la implementación de acciones de comunicación del riesgo a la comunidad.

De manera paralela, se activó la articulación intersectorial entre los componentes animal, humano y ambiental bajo el enfoque de una sola salud, realizándose el 09 de marzo de 2026 una sesión del Consejo Departamental de Zoonosis con participación de las diferentes instituciones del orden territorial. En el componente de salud humana, el 10 de marzo de 2026 se activó la Sala de Análisis del Riesgo (SAR) a nivel nacional y departamental, dando inicio a las acciones de vigilancia epidemiológica en humanos, entre las que se incluyó vacunación a personal potencialmente expuesto al virus, la búsqueda activa institucional, seguimiento a los residentes en el predio afectado, fortalecimiento de la vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en niveles asistenciales y recolección de muestras a personas con alta exposición al virus para procesamiento en Instituto Nacional de Salud (INS).

A la fecha de elaboración del presente boletín, no se han confirmado casos de influenza A(H5) en humanos, ni se ha documentado afectación en fauna silvestre. El evento se mantiene activo, bajo monitoreo epidemiológico permanente.

Fuente: Entidad territorial de Meta, Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), Instituto Nacional de Salud y Sistema de Alerta de Temprana

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

ALERTAS INTERNACIONALES

Enfermedad meningocócica invasiva en Inglaterra. Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Fecha de publicación: 20 de marzo de 2026

A partir del 13 de marzo de 2026, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UK Health Security Agency – UKHSA) notificó un brote de enfermedad meningocócica invasiva en el condado de Kent, Inglaterra. Con corte al 19 de marzo de 2026, se han registrado 29 casos, de los cuales 18 han sido confirmados por laboratorio, incluyendo dos fallecimientos. Algunos de los casos corresponden a estudiantes de la Universidad de Kent. La UKHSA ha demostrado que 13 de los 18 casos confirmados por laboratorio están causados por Neisseria meningitidis serogrupo B, tipo de secuencia 485, perteneciente al complejo clonal ST-41/44. Se considera que la vacuna Bexsero® (MenB) debería proporcionar protección frente a esta cepa.

Adicionalmente, las autoridades sanitarias de Francia han notificado un caso confirmado en dicho país en una persona que había asistido a la Universidad de Kent.

Las actividades de respuesta en salud pública continúan en desarrollo. Las investigaciones epidemiológicas han identificado una discoteca ubicada en Canterbury como un posible foco de transmisión durante el período comprendido entre el 05 y el 07 de marzo. La Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) mantiene acciones de acompañamiento orientadas a brindar asesoramiento, identificar contactos cercanos y administrar antibióticos profilácticos a las personas expuestas.

Adicionalmente, se ha implementado un programa de vacunación dirigido a los estudiantes de la Universidad de Kent. Hasta el 19 de marzo, se habían administrado 2 360 dosis de vacuna y más de 9 000 dosis de antibióticos como parte de las medidas de control.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) considera que el riesgo de enfermedad meningocócica invasiva (EMI) para la población general de la Unión Europea es muy bajo.

*Fuente: Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Communicable disease threats report, 14 - 20 March 2026, week 12. Fecha de publicación: 20 de marzo de 2026. Fecha de consulta: 24 de marzo de 2026. Disponible en: **https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-12-2026.pdf***

Situación epidemiológica de sarampión en México. Secretaría de Salud de México. Fecha de publicación 24 de marzo de 2026

Desde el 01 de enero de 2025 hasta el 23 de marzo de 2026 se han confirmado 14 330 casos de sarampión en el país, 6 462 en el año 2025 y 7 868 en el año 2026. El grupo de edad con el mayor número de casos es de 1 a 4 años (1 882 casos), seguido del grupo de 25 a 29 años (1 683 casos) y el de 5 a 9 años (1 663 casos). La tasa de incidencia más elevada se presenta en menores de un año con 70,15 casos por cada 100 000 habitantes. Durante el mismo periodo se han confirmado 35 defunciones acumuladas (27 en 2025 y ocho en 2026). Los estados con el mayor número de casos reportados en el año 2026 son Jalisco (4 575 casos), Chiapas (662 casos), Ciudad de México (609 casos) y Sinaloa (255 casos).

*Fuente: Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 24 de marzo de 2026. Fecha de consulta: 25 de marzo de 2026. Disponible en: **https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1066886/Informe_diario_23_03_2026.pdf***

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 11 de 2026

Salud

Instituto Nacional de Salud

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 11

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	15	1	1	122	28	49	259	44	118	34	15	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	127	14	8	4648	1374	1650	937	303	352	353	124	131	9	3	4	64	83	21	31	15	3
Arauca	28	1	5	243	59	85	454	49	196	167	15	71	3	0	2	0	1	0	7	5	0
Atlántico	11	2	1	964	290	338	932	166	362	425	93	162	10	4	4	0	2	0	3	1	1
Barranquilla D.E.	1	0	0	1101	274	385	1203	247	419	490	115	153	10	5	3	0	0	0	11	4	2
Bogotá D.C.	0	0	0	5522	1743	1972	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	15	0	2	2	0
Bolívar	48	1	5	629	232	200	1422	176	691	539	88	266	22	4	6	1	0	0	1	0	0
Boyacá	16	0	0	1525	472	500	41	45	21	21	17	8	0	0	0	1	1	0	1	1	0
Buenaventura D.E.	6	0	0	43	13	9	28	24	10	8	10	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Caldas	18	1	1	955	292	370	36	23	17	19	13	10	0	0	0	2	2	0	9	3	4
Santiago de Cali D.E.	1	0	1	1235	405	413	377	756	154	130	355	57	3	7	1	2	16	0	54	18	19
Caquetá	41	5	4	303	83	114	127	219	57	71	116	32	3	3	1	0	0	0	3	0	1
Cartagena de Indias D.T.	6	0	0	569	145	200	1891	152	650	385	61	125	11	3	3	0	0	0	0	0	0
Casanare	22	4	1	497	118	174	254	149	161	96	67	59	1	2	1	1	1	1	0	1	0
Cauca	37	3	4	1415	429	510	59	99	24	21	41	8	0	1	0	0	13	0	6	2	0
Cesar	36	4	3	657	201	269	2385	232	901	1365	153	520	7	4	1	0	2	0	1	1	0
Chocó	58	3	5	78	15	26	175	49	49	41	11	9	3	1	1	0	0	0	0	0	0
Córdoba	75	8	6	1248	386	469	975	236	411	414	118	145	8	2	2	0	1	0	2	1	1
Cundinamarca	23	2	0	3667	1026	1299	418	283	170	133	132	43	3	2	0	4	5	1	4	1	1
Guainía	4	0	0	63	11	27	2	9	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	21	1	2	83	29	37	232	38	159	28	9	16	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Huila	30	2	4	1632	452	591	413	426	191	152	192	71	11	10	5	1	1	0	1	1	0
La Guajira	29	2	3	543	161	195	1302	138	491	725	99	251	20	3	4	2	1	0	3	1	1
Magdalena	33	3	4	527	195	212	1297	72	544	674	50	269	8	1	5	0	0	0	0	0	0
Meta	47	3	3	1106	290	386	2750	436	1281	834	187	397	30	4	11	5	5	3	5	1	0
Nariño	26	2	2	1823	520	717	146	63	70	56	19	27	1	1	0	2	1	2	4	2	0
Norte de Santander	80	7	6	1616	420	593	1877	264	769	676	134	274	27	5	13	6	11	1	3	0	0
Putumayo	33	4	4	448	124	152	276	188	145	50	63	22	2	1	1	0	0	0	4	1	0
Quindío	5	0	0	762	209	271	85	41	33	18	14	8	2	0	1	0	2	0	1	1	0
Risaralda	18	1	4	1042	308	333	55	49	24	17	23	6	0	1	0	3	5	1	8	1	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	70	27	29	7	10	6	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	9	0	0	448	137	158	1105	43	322	435	26	119	2	1	0	0	0	0	3	2	1
Santander	45	4	2	1951	524	705	1780	379	757	610	163	250	8	3	2	18	8	5	4	1	2
Sucre	15	1	1	654	201	243	390	254	153	194	154	74	2	4	1	1	0	0	0	0	0
Tolima	42	4	3	1714	473	557	1144	528	503	350	229	177	27	6	12	1	1	0	7	3	4
Valle del Cauca	18	2	0	2231	600	749	428	703	189	132	322	65	3	5	1	1	16	1	14	4	7
Vaupés	10	1	0	47	13	17	33	10	31	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1
Vichada	9	1	1	43	20	20	27	6	11	6	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	1.043	87	84	42.224	12.302	15.024	25.322	6.909	10.442	9.670	3.241	3.841	237	86	86	118	194	36	197	74	52

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 11

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 salsa 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	596	101	106	1	0	1	1404	566	495	97	9	21	0	0	0	655	461	270	2	4	2
Antioquia	1819	958	529	54	41	41	248560	73628	90597	10339	2918	3231	921	888	651	87629	34779	30646	144	174	144
Arauca	64	2	22	4	3	2	4236	2147	1700	378	94	136	16	6	13	1563	716	562	8	16	8
Atlántico	0	0	0	0	5	0	32277	10633	13557	990	215	414	656	147	509	11979	4078	4451	27	52	27
Barranquilla D.E.	0	0	0	5	6	4	46829	15558	19968	2565	326	1059	263	229	193	17620	6110	6669	48	54	48
Bogotá D.C.	0	0	0	34	39	27	311715	130043	135385	14880	5507	6403	1909	1227	1433	159926	71952	65511	188	159	188
Bolívar	376	115	121	8	5	6	30435	10836	12363	723	221	269	97	111	60	7920	2880	2915	37	46	37
Boyacá	68	0	25	17	5	10	22798	10709	9203	1272	453	385	76	67	46	10145	5245	3969	27	29	27
Buenaventura D.E.	228	149	100	4	3	3	2033	699	903	12	6	8	4	3	3	702	526	278	12	17	12
Caldas	7	4	0	5	3	3	19372	7637	6859	788	276	273	269	135	172	6555	3353	2733	16	23	16
Santiago de Cali D.E.	1	1	0	25	20	19	54627	23440	20268	1354	612	397	203	73	148	32135	12083	11928	47	61	47
Caquetá	87	18	30	2	3	2	5507	2828	2336	452	144	149	5	7	3	3671	1782	1405	10	16	10
Cartagena de Indias D.T.	1	0	0	4	4	3	39350	16928	17852	2573	296	1051	353	212	251	11293	4036	4467	27	54	27
Casanare	12	4	4	1	1	1	4419	2174	1771	99	44	31	42	4	36	2057	1132	758	8	17	8
Cauca	255	219	68	12	5	9	23478	10715	8170	906	246	333	83	65	62	11813	5171	5617	34	56	34
Cesar	0	2	0	11	3	9	24545	10277	10185	1140	573	426	95	49	65	5877	3422	2619	40	56	40
Chocó	2949	2457	897	8	4	4	6999	2017	2560	249	148	117	8	11	6	3478	1130	1472	27	38	27
Córdoba	1078	924	220	6	5	4	40998	13959	16267	2074	427	821	350	238	265	10703	4388	3942	48	79	48
Cundinamarca	0	0	0	18	14	15	71788	27357	29969	2770	999	1099	228	299	155	35586	14611	14569	85	86	85
Guainía	964	279	293	0	0	0	420	205	199	27	23	12	0	0	0	398	136	178	5	5	5
Guaviare	254	115	66	0	1	0	1185	576	452	158	23	84	15	7	11	910	339	363	0	3	0
Huila	1	0	1	6	4	5	14373	10750	6235	776	454	377	125	85	96	10844	4657	4056	40	39	40
La Guajira	6	5	0	2	3	2	55097	15783	24133	879	549	333	150	62	118	9285	3421	3659	46	85	46
Magdalena	1	1	0	2	4	2	29521	7889	11351	655	196	266	4	21	4	8002	3167	2942	20	33	20
Meta	428	53	111	4	4	1	15940	6266	6578	604	246	275	53	71	37	9733	4801	3262	35	37	35
Nariño	751	978	255	20	7	12	28309	11815	9256	1784	525	645	15	33	11	10672	6150	3932	37	47	37
Norte de Santander	146	116	40	20	11	14	42821	14535	17846	2614	840	1058	237	138	176	12568	5414	4208	31	44	31
Putumayo	33	5	10	2	3	1	8465	2513	3884	280	120	127	10	5	5	3915	1153	1575	12	13	12
Quindío	1	3	0	6	1	4	12782	5794	4973	640	252	230	129	75	90	6881	3203	2415	18	13	18
Risaralda	399	306	53	18	6	12	25983	8763	9776	961	297	338	91	68	67	9085	4423	3146	22	22	22
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	2	0	1038	748	413	181	44	67	1	0	1	387	284	161	1	2	1
Santa Marta D.T.	0	0	0	3	2	3	12597	4295	4908	939	160	230	170	154	135	4477	1110	1631	17	18	17
Santander	6	1	3	20	8	14	59584	14141	25593	3621	996	1440	477	376	369	21601	8109	7837	33	48	33
Sucre	15	6	3	5	5	4	23392	7485	9686	2083	404	778	207	223	144	5066	2325	1821	29	40	29
Tolima	5	0	3	5	6	3	30974	12715	11973	2393	480	940	94	66	61	13624	5593	4498	27	31	27
Valle del Cauca	11	5	2	11	9	8	31347	12076	11658	832	261	296	282	85	190	16036	7073	6743	36	45	36
Vaupés	320	148	462	0	1	0	1254	183	719	35	7	13	0	0	0	592	94	415	2	3	2
Vichada	465	147	132	1	2	0	457	352	243	0	3	0	0	0	0	277	144	107	6	8	6
Total nacional	1.1347	7.255	3.168	345	247	248	1.386.909	509.035	560.284	63.123	19.394	24.132	7.638	5.240	5.586	565.660	239.451	217.730	1.252	1.576	1.252

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 11

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	2	14	0	0	0
Antioquia	3	3	0	144	63	43	8	1	1	393	48	117	534	189	177	62	28	18
Arauca	0	0	0	11	2	5	0	0	0	8	1	3	30	6	17	3	1	0
Atlántico	1	1	0	21	5	5	0	0	0	6	1	3	157	52	73	3	1	1
Barranquilla D.E.	0	1	0	28	7	13	0	0	0	18	2	7	184	38	81	6	1	2
Bogotá D.C.	5	3	1	304	101	116	157	1	18	275	70	91	996	369	407	147	54	59
Bolívar	4	1	1	8	3	5	1	0	0	10	1	2	92	30	37	1	0	1
Boyacá	0	1	0	36	14	17	4	0	0	17	2	6	137	57	51	25	9	5
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7	1	1	0	0	0
Caldas	0	0	0	7	6	2	0	0	0	7	1	3	83	30	38	5	0	1
Santiago de Cali D.E.	0	1	0	35	17	16	0	0	0	12	2	1	199	103	61	24	10	7
Caquetá	0	0	0	6	3	1	0	0	0	0	1	0	63	15	24	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	0	1	0	11	8	2	0	0	0	32	1	5	68	36	16	0	0	0
Casanare	0	0	0	12	2	5	0	0	0	33	0	8	43	18	15	0	0	0
Cauca	0	1	0	9	6	3	1	0	0	12	2	5	55	34	16	33	6	5
Cesar	0	1	0	17	4	3	0	0	0	31	1	3	72	23	28	3	1	0
Chocó	0	0	0	2	1	0	0	0	0	41	9	4	11	3	6	2	1	0
Córdoba	0	1	0	24	14	10	0	1	0	5	1	1	179	74	84	15	3	6
Cundinamarca	1	2	0	81	26	31	65	1	14	47	16	15	444	155	168	34	12	15
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	6	0	3	0	0	0
Guaviare	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	17	6	4	1	1	0
Huila	4	1	0	35	14	12	2	0	0	7	4	2	83	43	31	3	1	1
La Guajira	0	1	0	5	3	2	0	0	0	21	7	0	57	34	27	2	0	1
Magdalena	1	1	0	3	2	1	0	0	0	7	0	2	51	20	15	0	0	0
Meta	3	1	0	12	6	3	3	0	0	30	2	11	80	41	30	5	2	1
Nariño	4	1	0	27	13	5	0	0	0	12	6	3	150	59	57	10	2	1
Norte de Santander	0	1	0	41	15	15	0	0	0	62	2	15	328	73	171	2	0	2
Putumayo	0	0	0	13	4	5	0	0	0	8	1	2	34	11	15	3	1	1
Quindío	0	0	0	7	3	0	0	0	0	8	0	1	54	28	15	7	2	2
Risaralda	0	0	0	9	4	5	0	0	0	59	2	3	116	53	47	7	1	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0	1	10	2	7	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	4	1	2	0	0	0	9	1	5	58	8	21	0	0	0
Santander	1	1	0	17	6	6	0	1	0	96	5	35	246	62	80	11	5	1
Sucre	1	1	0	5	6	2	2	0	0	18	5	11	71	39	28	10	4	4
Tolima	2	1	0	6	5	1	2	0	0	9	2	3	124	57	55	9	4	1
Valle del Cauca	2	1	0	34	10	7	0	0	0	3	2	1	209	87	97	5	1	2
Vaupés	0	0	0	1	0	0	0	0	0	37	0	4	1	1	1	2	2	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	1	0	0	11	0	7	19	3	15	0	0	0
Total nacional	33	25	2	978	400	344	247	3	33	1.348	199	381	5.095	2.014	2.033	440	153	139

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 11

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis cutánea	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio	
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	12	13	0	1	13	17	3	0
Antioquia	0	0	0	0	489	682	0	6	1108	1043	309	116
Arauca	0	1	0	0	67	55	0	0	36	50	7	1
Atlántico	0	0	0	0	65	73	0	0	184	170	0	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	39	35	0	0	185	161	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	776	650	0	3	1080	1175	0	0
Bolívar	0	0	0	0	91	135	0	3	114	97	110	77
Boyacá	0	1	0	0	118	129	0	0	214	172	42	22
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	31	27	0	0	24	19	2	4
Caldas	0	0	0	0	37	42	0	2	248	236	56	22
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	110	120	1	0	387	365	0	0
Caquetá	0	0	0	0	44	41	0	0	50	39	66	27
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	64	106	0	0	117	116	1	0
Casanare	3	0	0	0	70	58	0	1	58	53	1	1
Cauca	0	0	0	0	63	51	0	1	182	179	15	4
Cesar	1	0	0	0	156	158	0	0	136	106	35	62
Chocó	0	0	0	0	188	183	0	0	30	33	72	35
Córdoba	0	0	0	0	136	102	0	2	219	215	47	29
Cundinamarca	0	0	0	1	280	276	0	3	463	536	54	9
Guainía	0	0	0	0	12	7	0	0	7	6	3	2
Guaviare	0	0	0	0	27	19	0	0	13	7	91	32
Huila	0	0	0	0	95	103	0	5	171	169	2	3
La Guajira	0	0	0	0	397	387	0	0	55	53	9	3
Magdalena	0	0	0	0	125	135	0	0	77	56	2	3
Meta	0	0	0	0	95	105	0	2	139	118	57	18
Nariño	0	0	0	1	136	171	0	0	299	314	62	19
Norte de Santander	0	0	0	0	158	128	0	0	216	227	63	20
Putumayo	0	0	0	0	47	54	0	0	65	49	74	7
Quindío	0	0	0	0	21	26	0	2	112	94	0	0
Risaralda	0	0	0	0	94	102	0	0	253	240	23	16
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	3	4	0	0	6	3	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	23	28	0	0	57	57	3	1
Santander	2	0	0	0	110	96	0	0	325	305	190	145
Sucre	0	0	0	0	59	81	0	3	104	84	32	24
Tolima	1	0	0	0	80	88	0	4	237	235	61	13
Valle del Cauca	0	0	0	0	101	138	1	12	271	257	4	1
Vaupés	0	0	0	0	17	8	0	0	16	5	9	0
Vichada	0	0	0	0	57	36	0	0	5	6	9	3
Total nacional	9	2	0	2	4.494	4.652	2	50	7.276	7.067	1.533	724

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 11

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y confirmados por clínica		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	11	4	4	4	2	0	6	10	4	1	29	48
Arauca	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1
Atlántico	1	0	2	0	0	0	1	2	1	0	7	5
Barranquilla D.E.	5	0	1	0	0	0	1	1	0	0	5	10
Bogotá D.C.	2	0	5	6	0	0	4	2	0	0	34	192
Bolívar	1	0	2	0	0	0	2	4	1	2	5	1
Boyacá	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	5	5
Buenaventura D.E.	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2
Caldas	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	3
Santiago de Cali D.E.	5	0	1	0	0	0	1	0	0	0	10	9
Caquetá	4	2	1	3	0	0	1	1	1	0	2	1
Cartagena de Indias D.T.	1	1	1	1	0	0	1	4	0	0	4	8
Casanare	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Cauca	1	0	2	1	1	1	1	3	0	0	7	1
Cesar	2	0	3	2	2	0	2	3	3	1	6	12
Chocó	1	0	2	1	4	7	6	5	10	2	3	2
Córdoba	1	0	3	0	1	0	2	1	1	1	9	8
Cundinamarca	2	2	2	2	0	0	1	0	0	0	15	23
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Huila	0	2	2	1	0	1	1	1	1	0	5	7
La Guajira	1	0	5	2	6	4	6	4	9	4	5	0
Magdalena	0	0	1	1	0	0	1	2	4	0	4	1
Meta	0	0	1	0	1	0	2	4	0	0	5	11
Nariño	1	0	3	1	0	1	2	2	1	0	7	4
Norte de Santander	2	0	2	0	0	0	1	1	0	0	7	20
Putumayo	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	2	2
Quindío	3	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2
Risaralda	4	2	2	2	3	1	2	6	3	0	4	4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	2	6
Santander	1	1	1	0	0	1	0	3	0	0	10	13
Sucre	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	4	7
Tolima	8	11	2	1	0	0	3	1	0	0	6	5
Valle del Cauca	3	0	1	1	1	1	3	2	1	0	9	18
Vaupés	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0
Vichada	0	1	1	0	1	0	1	0	2	1	1	0
Total nacional	336	350	49	34	29	23	72	66	57	12	226	433

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 11

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	4	6	0	0	12	17	0	0	129	110
Antioquia	29	29	270	342	0	1	823	1068	26	31	4592	3132
Arauca	9	3	44	30	0	0	33	34	0	0	270	283
Atlántico	10	3	78	80	0	1	108	140	4	5	516	472
Barranquilla D.E.	11	7	87	88	0	1	193	230	5	6	482	571
Bogotá D.C.	26	23	195	281	0	0	285	341	8	11	5764	5597
Bolívar	9	7	65	83	0	0	47	53	1	0	471	463
Boyacá	6	3	18	17	0	0	39	38	1	1	900	844
Buenaventura D.E.	4	2	31	40	0	0	39	50	1	0	81	51
Caldas	5	4	32	34	0	0	71	68	1	3	614	635
Santiago de Cali D.E.	5	4	106	174	0	0	313	370	12	9	1545	1212
Caquetá	2	3	23	27	0	0	54	78	2	4	229	196
Cartagena de Indias D.T.	18	16	70	114	0	0	96	114	1	1	292	356
Casanare	8	5	31	34	0	0	32	46	1	2	163	192
Cauca	4	3	42	50	0	0	63	65	1	1	648	638
Cesar	9	8	80	58	0	0	105	125	0	4	439	385
Chocó	12	7	61	40	0	0	52	59	1	0	97	100
Córdoba	5	3	66	62	0	0	64	74	2	0	705	608
Cundinamarca	12	6	85	102	0	0	112	162	3	9	2707	2905
Guainía	3	2	3	6	0	0	5	3	0	0	37	36
Guaviare	1	0	6	5	0	0	9	9	0	0	72	63
Huila	2	6	32	50	0	1	104	107	1	4	1325	1181
La Guajira	14	5	84	64	0	0	120	173	2	2	264	260
Magdalena	7	1	56	58	0	0	41	37	1	0	277	267
Meta	11	12	56	63	0	0	140	160	5	1	473	506
Nariño	3	6	53	59	0	0	36	41	1	1	861	981
Norte de Santander	16	4	113	116	0	0	161	202	3	4	763	814
Putumayo	1	1	22	11	0	0	21	20	1	0	284	323
Quindío	2	2	20	27	0	0	56	67	0	1	514	427
Risaralda	6	1	38	39	0	1	141	164	6	1	744	763
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	2	2	0	0	2	2	0	1	45	38
Santa Marta D.T.	4	1	27	54	0	0	60	88	1	0	133	117
Santander	15	7	93	117	0	0	239	286	6	3	1286	1380
Sucre	4	3	48	56	0	0	21	27	0	0	395	349
Tolima	7	7	32	45	0	0	129	138	3	3	593	616
Valle del Cauca	6	6	68	103	0	0	166	237	4	7	1435	1450
Vaupés	1	1	1	4	0	0	4	6	0	0	57	77
Vichada	1	0	8	4	0	0	6	6	0	0	51	47
Total nacional	303	201	2.247	2.545	0	5	4.005	4.905	103	115	30.253	28.445

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Salud

Instituto Nacional de Salud

Semana epidemiológica 11

15 al 21 de marzo del 2026

TEMA CENTRAL
Tuberculosis

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: Lisette Andrea Bermúdez Pinzón. **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 Garcia Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz, Natalí Paola Cortés. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotes y alertas: Gestor sistema de alerta temprana,** Claudia Marcela Montaño Fuertes, David Arias, Lady Alexandra Castillo Vargas, Johanna Agudelo, Lyda Montaño, Angélica Rico, Andrea Rico Hernández. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Lina Yessenia Lozano Lesmes. **Corrector de estilo:** María Fernanda Campos Maya. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

Bogotá, D.C., Colombia, Instituto Nacional de Salud-INS, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública; publicación en línea/2026.

48# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: *https://doi.org/10.33610/23576189.2026.11*