SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 12, 2026
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL
GRUPO DE EPIDEMIOLOGIA Y DEMOGRAFÍA

1.COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN

Para esta semana, las Unidades Notificadoras Municipales (UNM), registraron un índice de notificación del **100%**, cumpliendo satisfactoriamente con la totalidad de las notificaciones previstas, asegurando la gestión integral de la información.

1.1. INDICADORES DE OPORTUNIDAD

✔ **Notificación UNM**

Durante la semana epidemiológica **12**, se alcanzó **100%** de cumplimiento en la notificación.

Este resultado refleja la adherencia total a los lineamientos nacionales por parte de los **87 municipios**, cuya gestión garantizó una oportunidad del **100%**.

✔ **Notificación UPGD**

Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) demostraron un desempeño sobresaliente en la semana **12**, alcanzando una oportunidad de notificación del **100%** (255/255).

Este indicador de cumplimiento total, supera ampliamente los estándares definidos en los lineamientos nacionales para el año **2026**.

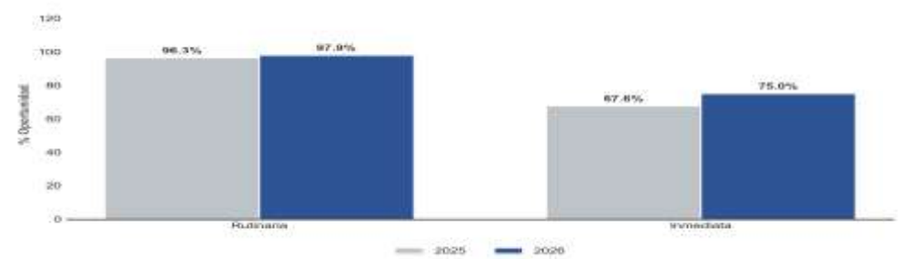
El balance acumulado de las UPGD hasta la fecha refleja un cumplimiento total (**255/255**).

Este indicador del **100%** no solo cumple, sino que supera lo establecido en los lineamientos nacionales.

✔ **Oportunidad en la notificación**

La oportunidad acumulada en la notificación de eventos de interés en salud pública muestra una tendencia favorable entre **2025** y **2026**, evidenciando mejoras tanto en la notificación rutinaria como en la inmediata.+
Para la notificación rutinaria, se observa un cumplimiento del **96.3%**, en **2025**, incrementando a **97.9%** en **2026**, lo que representa una variación de **1.6** puntos porcentuales. Este comportamiento refleja un adecuado desempeño del sistema de vigilancia en el reporte dentro de los tiempos establecidos.
En relación con la notificación inmediata, el indicador pasa de **67.6%** en **2025** a **75.0%** (**2026**), con un aumento de **7.4** puntos porcentuales. A pesar de esta mejora, el cumplimiento continúa por debajo de los niveles esperados, lo que evidencia oportunidades de fortalecimiento en la detección y reporte oportuno de eventos que requieren intervención inmediata.

Gráfica No. 1. Oportunidad en la notificación de eventos de interés en Salud Publica S.E 12 de 2026



Fuente de los datos: SIVIGILA

A semana **12** se han reportado un total de **11.874** eventos de interés en salud pública, incluida notificación negativa, de los cuales **11.480** fueron reportados por IPS de Santander.

✔ **Proporción de casos notificados oportunamente**

El **60.9% (53/ 87)** de los municipios reportaron al sistema de vigilancia del departamento ingresaron de forma oportuna al menos un evento de interés en salud pública para la semana **12**.

✔ **Oportunidad en la notificación por evento**

Respecto a la oportunidad en la notificación por evento, es importante insistir en los reportes en los tiempos definidos según el evento.

Gráfica No. 2. Oportunidad Notificación eventos interés en salud pública S.E. 12 Santander de 2026

Fuente de los datos: SIVIGILA

La gráfica evidencia un alto compromiso en la notificación de la mayoría de los eventos de interés en salud pública, pero también señala brechas críticas en Infección Respiratoria Aguda

Grave Irag Inusitada y Dengue Grave, que requieren acciones inmediatas para garantizar la calidad y oportunidad de la vigilancia epidemiológica.

✔ **Reporte Notificación Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)**

Durante la semana epidemiológica **12**, se evidencia un **cumplimiento en la notificación del evento de Infección Respiratoria Aguda (IRA)** por parte de las entidades territoriales, con un promedio general de **98% de cumplimiento**.

Del total de los 87 municipios**, 84 (96,5%)** alcanzaron un cumplimiento del **100%** en la notificación, evidenciando una adecuada adherencia a los lineamientos del sistema de vigilancia en salud pública. No obstante, **3 municipios** no lograron el cumplimiento total, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las acciones orientadas a mejorar la oportunidad y calidad de la notificación.

Gráfica No. 3. Oportunidad en la notificación de IRA S.E 12 de 2026.

Fuente de los datos: SIVIGILA

Sin embargo, se identifican algunas entidades territoriales con **incumplimientos parciales**, entre las que se destacan **Barbosa y Socorro**: con 80% y 83% de cumplimiento, **Málaga**: 67% de cumplimiento,

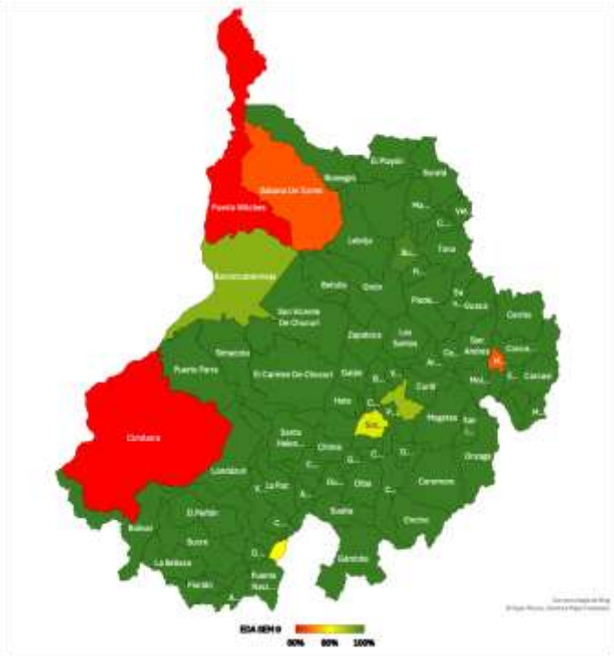
✔ **Reporte Notificación Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)**

Para el evento de **Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)** evidencia un **buen desempeño general en el cumplimiento**, con un promedio departamental de **95% en la notificación**.

Del total de municipios **el 89,6% (78 municipios)** alcanzaron un **cumplimiento del 100%**, lo que refleja una adecuada capacidad de respuesta de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y un compromiso institucional con el sistema de vigilancia en salud pública.

No obstante, se identifican algunos municipios con **cumplimientos por debajo de lo esperado**, entre los cuales se destacan, municipios con **cumplimiento entre 99% y 80%** Bucaramanga, San Gil, Socorro, Barrancabermeja y Barbosa **cumplimiento inferior al 80%** Sabana de torres, Cimitarra, Puerto Wilches y Málaga, lo cual evidencia debilidades en el proceso de reporte

Gráfica No. 4. Oportunidad en la notificación de EDA S.E 12 de 2026



Para los eventos de **IRA** y **EDA**, se identificó **duplicidad en la notificación correspondiente a la semana epidemiológica 10**.

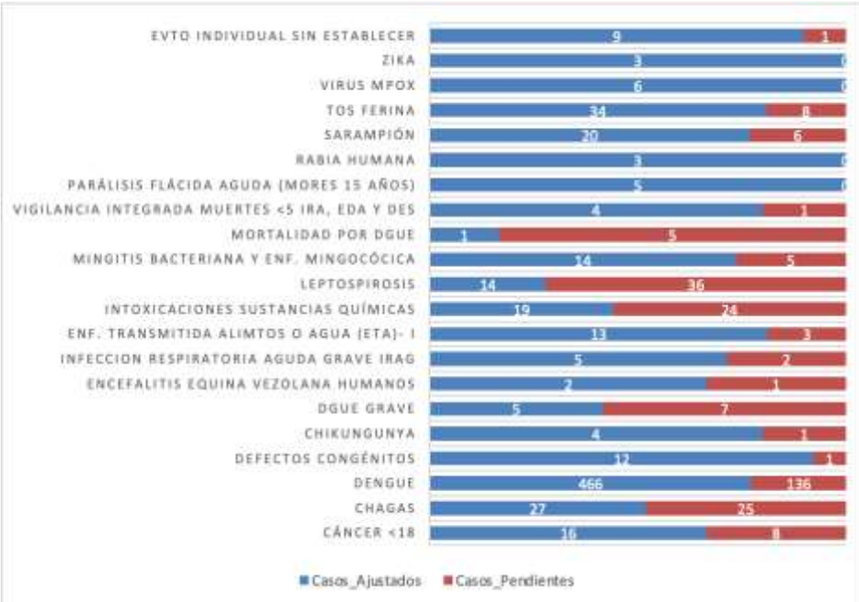
En este sentido, es necesario realizar la **ajuste tipo D** en uno de los registros, con el fin de garantizar la calidad, consistencia y depuración de la información reportada

1.2. CUMPLIMIENTO Y OPORTUNIDAD DE AJUSTES

✔ **Cumplimiento en el Ajuste De Casos**

Se identifican eventos con adecuado cierre de casos, así como otros con alta proporción de casos pendientes, lo que impacta la calidad de la información epidemiológica.

Gráfica No. 5. Ajustes pendientes S.E. 12 Santander de 2026

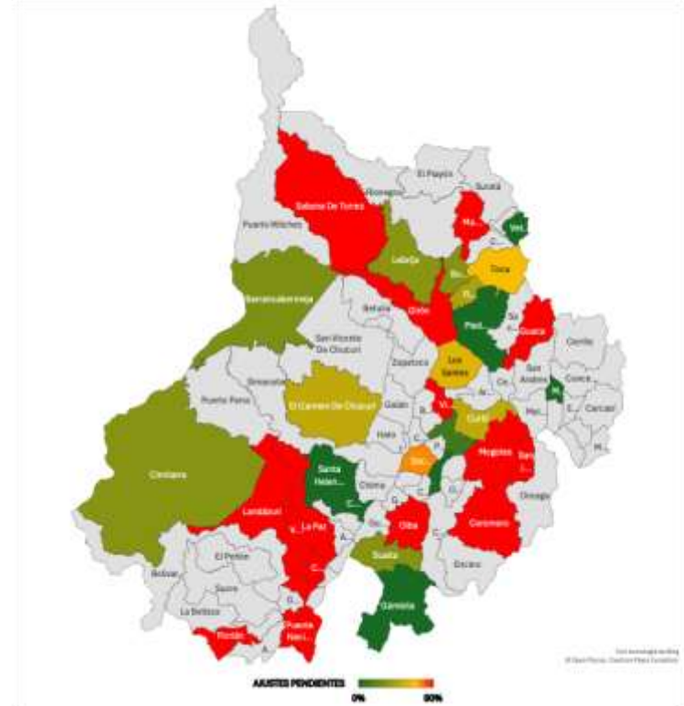


Fuente de los datos: SIVIGILA

El comportamiento del indicador sugiere que existen debilidades en la gestión del ajuste en eventos prioritarios, especialmente aquellos con mayor carga o relevancia epidemiológica.

Esto puede estar asociado a retrasos en la confirmación diagnóstica, dificultades en el seguimiento de casos o limitaciones operativas en las UPGD y UI

Gráfica No. 6 Ajustes pendientes por Municipios S.E. 12 Santander de 2026

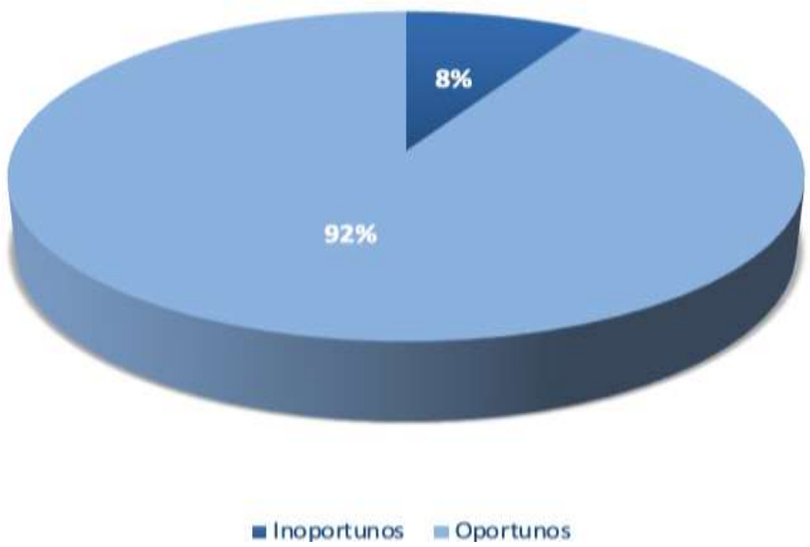


Se identifican municipios en color rojo que **no cumplieron con la realización de los ajustes requeridos (100% de incumplimiento)**, lo que refleja fallas críticas en la depuración y actualización de la información epidemiológica. Esta situación es relevante, ya que la ausencia de ajustes impide la correcta clasificación final de los casos y afecta la calidad del sistema de vigilancia

✔ **Oportunidad en el ajuste de casos**

A la fecha se han reportado un total de **952** eventos de interés en salud pública que ingresaron como sospechosos y probables. A semana **12** se han ajustado un total de **681** de los cuales **623** casos se ajustaron de manera oportuna y **58** de manera inoportuna.

Gráfica No. 7 Oportunidad en Ajustes S.E. 12 Santander de 2026.



Durante la semana epidemiológica **12** de 2026, la oportunidad en el ajuste de los eventos de vigilancia en salud pública muestra un comportamiento **favorable**, evidenciado en un alto porcentaje de casos clasificados como oportunos.

Del total de registros analizados, el **92% de los casos fueron ajustados de manera oportuna**, y un **8% de casos inoportunos**, lo que indica **demoras en el ajuste de algunos eventos**.

1.3. NOTIFICACION NEGATIVA

La Notificación negativa debe ser utilizada bajo la premisa “se realizó la búsqueda de casos en la semana y no se encontraron casos”, no puede ser utilizado como mecanismo para cumplimiento en el reporte, es por esta razón que es necesario la revisión de la notificación negativa de UPGD, las cual no podrá ser superior a la proporción de semanas positivas, razón por la cual se hace necesario la revisión de los reportes de las siguientes UPGDS.

Tabla Notificación Negativa Individual

MUNICIPIO	UPGD	Total
BARRANCABERMEJA	UCI SALUD VITAL DE COLOMBIA	12
BUCARAMANGA	CLINICA REVIVIR SA	12
MALAGA	IPS SALUD INTEGRAL Y MEDICINA LABOI	12
MALAGA	ESTABLECIMIENTO PRIMARIO DE SANID	12
PUERTO WILCHES	SALUD DIAGNOSTICA SAS	12
PUERTO WILCHES	SALUDMAG IPS SAS	12
BARRANCABERMEJA	UNIDAD DE ATENCION BASICA MILITAR	11
COROMORO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO COROM	11
EL GUACAMAYO	ESE CENTRO DE SALUD JUAN SOLERI	11
MALAGA	RENUEVA IPS	11
SAN GIL	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD PRIMA	11
COROMORO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO COROM	10
FLORIDABLANCA	UNIDAD MEDICA CLINICA EL LAGO	10
PUENTE NACIONAL	FUNDACION AVANZAR FOS PUENTE NAC	10
PUERTO WILCHES	REDINSALUD PW	10
BARRANCABERMEJA	ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICI	9
BUCARAMANGA	CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS SA	9
HATO	PUESTO DE SALUD DEL HATO	9
SABANA DE TORRES	SALUD FAMILIA SABANA DE TORRES	9
CALIFORNIA	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE CALIFC	8
GUAPOTA	ESE SAN CAYETANO GUAPOTA	8
SANTA HELENA DEL OPON	ESE CENTRO DE SALUD JAIME MICHEL	8
BUCARAMANGA	IVAN JAVIER ORTEGA ROJAS	7
FLORIDABLANCA	CIRO EDUARDO LOPEZ BAUTISTA	7
PALMAR	ESE ANDRES CALA PIMENTEL	7
ALBANIA	ESE BLANCA ALICIA HERNANDEZ	6
GAMBITA	CENTRO DE SALUD GAMBITA	6
GUADALUPE	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GU	6
GUAVATA	ESE SAN JOSE DE GUAVATA	6
SANTA BARBARA	ESE CENTRO DE SALUD SANTA BARBARA	6

Fuente de los datos: SIVIGILA

2. COMPORTAMIENTO DE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

2.1 INMUNOPREVENIBLES

2.1.1 Difteria

A semana epidemiológica (SE) número 12 de 2026, no se notificaron casos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). En el año 2025, con corte a SE 12 no se notificaron casos.

2.1.2 Evento adverso grave posterior a la vacunación (EAPV)

A semana epidemiológica (SE) número 12 de 2026, no se notificaron casos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). En el año 2025, con corte a SE 12 no se notificaron casos.

2.1.3 Meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica

A semana epidemiológica (SE) 12 de 2026, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) veintitrés (23) casos de Meningitis Bacteriana aguda y enfermedad meningocócica procedentes del departamento de Santander, de los cuales catorce (14) han sido confirmados por laboratorio y seis (6) descartados.[1]

Notificación y clasificación de casos de meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica, Santander, SE 01-12, 2026.

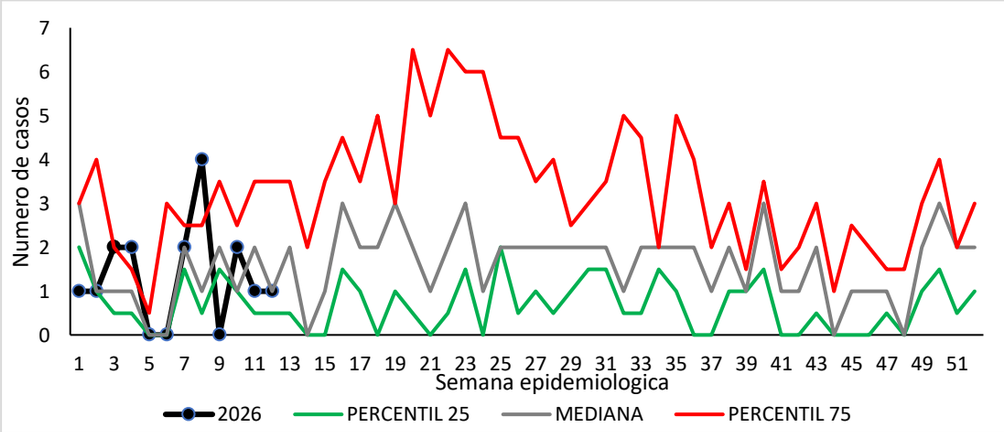
Clasificación	Número de casos	%
Probable	2	8,70
Confirmado	14	60,87
Descartado	6	26,09
Error de digitación	1	4,35
Total, de casos notificados	23	100

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026.

En comparación, para el año 2025, con corte a la semana epidemiológica (SE) 12, se notificaron 23 casos con procedencia en el departamento, clasificados finalmente en diez (10) casos confirmados y trece (13) casos descartados.

[1] Información preliminar puede presentar variaciones semanales debido a notificaciones tardías, ajustes en la clasificación y procesos de depuración por calidad del dato.

Comportamiento según histórico de casos confirmados de meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica, Santander, SE 01-12, 2017-2026.



Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026.

De acuerdo con el comportamiento histórico del evento, para la SE 12 de 2026 la notificación se dentro de lo esperado para el periodo evaluado.

A corte de SE 12, este comportamiento se refleja en una incidencia de 0,17 casos por 100.000 habitantes para *Haemophilus influenzae,* 0,25 casos por 100.000 habitantes para *Streptococus neumoniae* y 0,04 casos por 100 000 habitantes para *Neisseria meningitidis.* En cuanto a la mortalidad, se registró una (1) defunción por *Neisseria meningitidis* (letalidad 100%) y una (1) defunción por *Haemophilus influenzae* (letalidad 25%), mientras que para *Streptococcus pneumoniae* no se han reportado fallecimientos.

Incidencia y letalidad de casos confirmados de meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica, según agente etiológico, Santander, SE 01-12, 2026.

Agente	No. Casos	%	Incidencia x 100 000 hab	Letalidad %
Haemophilus influenzae	4	28,57	0,17	25 (1/4)
Neisseria meningitidis	1	7,14	0,04	100 (1/1)
Streptococus neumoniae	6	42,86	0,25	-
Otros agentes bacterianos	3	21,43	0,12	33,33 (1/3)
Total, de casos notificados	14	100	0,58	21,43 (3/14)

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Según la entidad territorial de procedencia, a la SE 12, Bucaramanga concentró el mayor número de casos notificados (39 % del total). Los casos confirmados se presentaron en los municipios de Bucaramanga, Piedecuesta, Barrancabermeja, Floridablanca, Giron, Zapatoca y Socorro, mientras que Piedecuesta y Los Santos notificaron casos aun en estudio.

Casos de meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica, según entidad territorial de procedencia. Santander, SE 01 – 12, 2026.

Municipio	Probable	Confirmado	Descartado	Total	Incidencia	Nm	Spn	Hi	Otros
Bucaramanga	-	5 (56%)	4 (44%)	9 (39%)	0,81	-	2	2	1
Piedecuesta	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	4 (17%)	1,04	-	1	-	1
Barrancabermeja	-	2 (100%)	-	2 (9%)	0,87	-	1	-	1
Floridablanca	-	2 (100%)	-	2 (9%)	0,63	-	1	1	-
Giron	-	1 (50%)	1 (50%)	2 (9%)	0,56	-	-	1	-
El Carmen de Chucuri	-	-	1 (100%)	1 (4%)	-	-	-	-	-
Los Santos	1 (100%)	-	-	1 (4%)	-	-	-	-	-
Socorro	-	1 (100%)	-	1 (4%)	2,69	1	-	-	-
Zapatoca	-	1 (100%)	-	1 (4%)	9,71	-	1	-	-
Santander	2 (8,7%)	14 (60,87%)	7 (30,43%)	23	0,58	1	6	4	3

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026. Nm: Neisseria meningitidis, Spn: Streptococus neumoniae Hi: Haemophilus influenzae, Otros: otros agentes bacterianos.

Distribución sociodemográfica de los casos probables y confirmados de meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica, SE 01 – 12, 2026

Variables		N° casos	%
Sexo	Femenino	9	56,25%
	Masculino	7	43,75%
Área	Cabecera m/pal	15	93,75%
	Rural Disperso	1	6,25%
	Centro Poblado	0	0,00%
Condicion Final	Vivo	13	81,25%
	Muerto	3	18,75%
	No sabe	0	0,00%
Tipo SS	Subsidiado	11	68,75%
	Contributivo	4	25,00%
	Excepcion	1	6,25%
	Especial	0	0,00%
	No asegurado	0	0,00%
	Indeterminado	0	0,00%
Rango de edad	< 1 año	1	6,25%
	1-4	1	6,25%
	5-9	1	6,25%
	10-17	0	0,00%
	18-29	0	0,00%
	30-49	3	18,75%
	50-59	3	18,75%
	60 y mas	7	43,75%
Total		16	

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Durante las semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2026 se notificaron 16 casos probables y confirmados de meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica. La distribución por sexo muestra mayor proporción en mujeres (56,25%) frente a hombres (43,75%). El 93,75% de los casos reside en cabecera municipal y el 6,25% en área rural dispersa.

En cuanto a la condición final, el 81,25% de los casos se encuentra vivo y el 18,75% falleció. Según el tipo de aseguramiento, predomina el régimen subsidiado (68,75%), seguido del contributivo (25,00%) y de excepción (6,25%).

Por grupos de edad, la mayor proporción se concentra en personas de 60 años y más (43,75%), seguido de los grupos de 30 a 49 años y 50 a 59 años (18,75% cada uno). Los menores de 10 años aportan el 18,75% de los casos en conjunto, sin registros en los grupos de 10 a 17 años ni de 18 a 29 años.

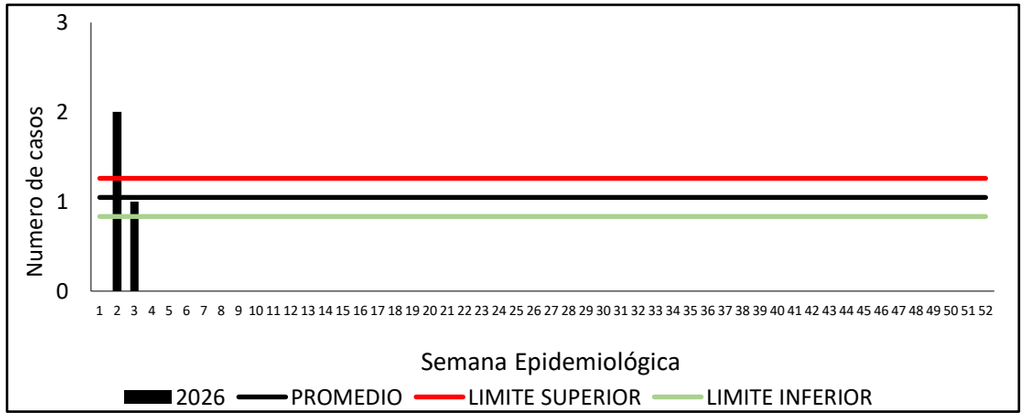
A la fecha, no se identifica nexo epidemiológico, temporal ni espacial entre los casos, ni se han reportado alertas asociadas al evento.

2.1.4 Parálisis Flácida Aguda (PFA)

A la semana epidemiológica (SE) 12 de 2026 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) tres (3) casos probables de parálisis flácida aguda. De estos, un caso (33 %) corresponde a la vigilancia rutinaria en menores de 15 años y dos casos (66 %) a la vigilancia centinela en personas de 15 a 49 años. Al corte, los tres casos fueron descartados.

En comparación, para el año 2025, con corte a la SE 12, se notificaron dos (2) caso de parálisis flácida aguda con procedencia en el departamento, que fueron descartados.

Comportamiento según histórico de casos notificados de Parálisis Flácida Aguda. Santander. SE 01- 12, 2017-2026.



Fuente: Sivigila-secretaria de salud de Santander, 2026

De acuerdo con el comportamiento histórico del evento, para la SE 12 de 2026 la notificación de parálisis flácida aguda se ubica por debajo de lo esperado para el periodo evaluado.

Con corte a la SE 12, la incidencia del evento fue de 0 casos por cada 100.000 menores de 15 años.

En el contexto del seguimiento a la meta de erradicación/eliminación del poliovirus, la tasa de notificación de parálisis flácida aguda en el departamento se ubicó en 0,60 casos por cada 100.000 menores de 15 años.

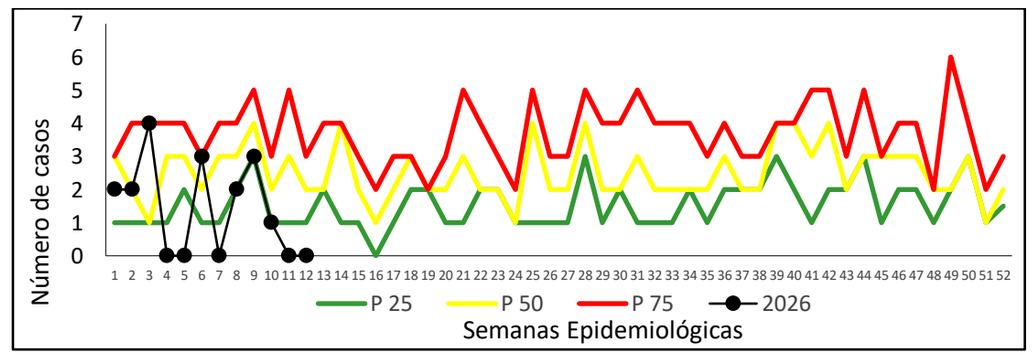
A la fecha, no se ha identificado nexo epidemiológico, temporal ni espacial entre los casos confirmados y probables que sustente la configuración de un brote, ni se han notificado alertas asociadas al evento.

2.1.5 Parotiditis

A semana epidemiológica (SE) 12 de 2026, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) diecisiete (17) casos de parotiditis procedentes del departamento de Santander. El 100 % (17) de los casos corresponden a casos confirmados por clínica

En comparación, para el año 2025, con corte a la semana epidemiológica (SE) 12, se notificaron veintisiete (27) casos con procedencia en el departamento.

Comportamiento según histórico de casos de Parotiditis. Santander, SE 01-12, 2016-2026.



Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

De acuerdo con el comportamiento histórico del evento, para la SE 12 de 2026 la notificación de parotiditis se ubica por debajo de lo esperado para el periodo evaluado

La incidencia de parotiditis en la población general del departamento de Santander, con corte a la semana epidemiológica 12 de 2026, es de 0,71 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. En la población menor de cinco años del departamento, la incidencia de parotiditis es de 2,56 casos por cada 100.000 menores de cinco años.

Casos de parotiditis notificados, según entidad territorial de procedencia, Santander. SE 01-12, 2026.

Municipio	Casos	%	Incidencia Pob. General
Bucaramanga	7	41,18%	1,13
Barrancabermeja	3	17,65%	1,30
Floridablanca	2	12,76%	0,63
Giron	2	12,76%	1,13
Florian	1	5,88%	17,55
Piedecuesta	1	5,88%	0,52
Puerto Wilches	1	5,88%	2,74
SANTANDER	17	1	0,71

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

Según la entidad territorial de procedencia, a la semana epidemiológica (SE) 12 de 2026, la mayor notificación de casos de parotiditis se registró en el municipio de Bucaramanga, con siete (7) casos (50%), seguido de Barrancabermeja con tres (3) casos (17 %), dos casos (12%) en Giron y Floridablanca cada uno. Los municipios de Piedecuesta, Puerto Wilches y Florián notificaron un (1) caso cada uno, lo que corresponde aproximadamente al 7 % del total de casos por municipio.

Distribución sociodemográfica de los casos de Parotiditis, Santander, SE 01 – 12, 2026

Variables		N° casos	%
Sexo	Femenino	9	52,94%
	Masculino	8	47,06%
Área	Cabecera m/pal	16	94,12%
	Rural Disperso	1	5,88%
	Centro Poblado	0	0,00%
Condición Final	Vivo	17	100,00%
	Muerto	0	0,00%
	No sabe	0	0,00%
Tipo SS	Subsidiado	8	47,06%
	Excepcion	5	29,41%
	Contributivo	4	23,53%
	Especial	0	0,00%
	No asegurado	0	0,00%
	Indeterminado	0	0,00%
Rango de edad	< 1 año	0	0,00%
	1-4	4	23,53%
	5-9	3	17,65%
	10-14	2	12,76%
	15-19	0	0,00%
	20-29	2	12,76%
	30-39	4	23,53%
	40-49	0	0,00%
	50-59	2	12,76%
	60-69	0	0,00%
	70 y mas	0	0,00%
Total		17	

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

A la semana epidemiológica 12 de 2026, se han notificado 17 casos de parotiditis en Santander. La distribución por sexo evidencia una leve predominancia en mujeres (52,94 %) frente a hombres (47,06 %). Según área de residencia, se observa una concentración de casos en cabecera municipal (94,12 %), con mínima representación en área rural dispersa (5,88 %) y ausencia de casos en centros poblados.

La totalidad de los casos presenta condición final vivo, sin registro de letalidad. En relación con el aseguramiento, predomina el régimen subsidiado (47,06 %), seguido del régimen de excepción (29,41 %) y contributivo (23,53 %).

La distribución por grupos de edad muestra mayor carga en población infantil temprana (1–4 años) y adultos de 30–39 años (23,53 % cada uno), seguida del grupo de 5–9 años (17,65 %). Los grupos de 10–14, 20–29 y 50–59 años aportan proporciones similares (12,76 % cada uno). No se registran casos en menores de 1 año, adolescentes de 15–19 años, adultos de 40–49 años ni en mayores de 60 años.

A la fecha, no se ha identificado nexo epidemiológico, temporal ni espacial entre los casos confirmados y probables que sustente la configuración de un brote, ni se han notificado alertas asociadas al evento.

2.1.6 Sarampión y Rubéola

A la semana epidemiológica (SE) 12 de 2026, no se notificaron casos sospechosos de rubéola. En el año 2025, con corte a SE 12 no se notificaron casos.

En cuanto a sarampión, a la semana epidemiológica (SE) 12 de 2026 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) veintitrés (23) casos sospechosos procedentes en el departamento de Santander. De estos, quince (15) casos fueron descartados (65%), seis (6) continúan en clasificación como sospechosos (26 %) y dos (2) correspondieron a error de digitación (9%).

Notificación y clasificación de casos de Sarampión, Santander, SE 01-12, 2026.

Clasificación	Sarampión	
	No	%
Sospechoso	6	26,09
Confirmado	0	0,00
Descartado	15	65,22
Error de digitación	2	8,70
Santander	23	100

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Según entidad territorial de procedencia, Bucaramanga concentra el mayor número de casos notificados (6; 28,57%), todos clasificados como descartados. Floridablanca registra tres (3) casos (14,29%), de los cuales dos (2) se encuentran en estudio y uno (1) ha sido descartado. Los municipios de Girón, Barrancabermeja y San Gil notificaron entre dos (2) y tres (3) casos cada uno, todos descartados excepto un (1) caso en estudio en San Gil y uno (1) en Barrancabermeja.

Los municipios de Barichara, Curití, Los Santos, Piedecuesta y Tona notificaron un (1) caso cada uno, todos descartados.

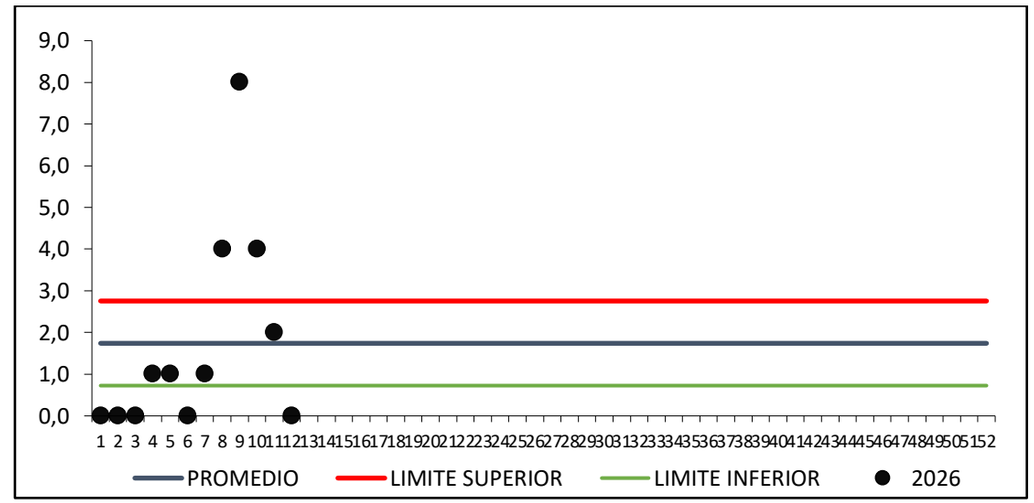
Casos de Sarampión notificados, según entidad territorial de procedencia, Santander. SE 01-12, 2026.

Municipio	Sospechosos		Confirmados			Descartados		Total	
	n°	%	n°	%	Incidencia	n°	%	n°	%
Bucaramanga	2	33,33	-	-	-	6	40,00	6	28,57
Floridablanca	3	50,00	-	-	-	1	6,67	3	14,29
Giron	-	-	-	-	-	-	-	3	14,29
Barrancabermeja	-	-	-	-	-	2	13,33	2	9,52
San Gil	1	16,67	-	-	-	2	13,33	2	9,52
Barichara	-	-	-	-	-	-	-	1	4,76
Curiti	-	-	-	-	-	1	6,67	1	4,76
Los Santos	-	-	-	-	-	1	6,67	1	4,76
Piedecuesta	-	-	-	-	-	1	7	1	5
Tona	-	-	-	-	-	1	7	1	5
Bucaramanga	2	33,33	-	-	-	6	40,00	6	28,57

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026.

De acuerdo con el comportamiento histórico del evento, la notificación de casos sospechosos de sarampión procedentes del departamento para la semana epidemiológica (SE) 12 de 2026 se ubica por debajo de lo esperado para el periodo evaluado

Comportamiento según histórico de casos de Sarampión y Rubeola. Santander, SE 01-12, 2025-2026.



Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

Distribución sociodemográfica de los casos de Sarampión, Santander, SE 01 – 12, 2026

Variables		Sospechoso		Descartados		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	3	50,00%	9	60,00%	12	57%
	Femenino	3	50,00%	6	40,00%	9	43%
Área	Cabecera m/pal	5	83,33%	12	80,00%	17	81%
	Centro Poblado	0	-	1	6,67%	1	5%
	Rural Disperso	1	16,67%	2	13,33%	3	14%
Condición Final	Vivo	6	100,00%	15	100,00%	21	100%
	Muerto	0	-	0	-	0	-
	No sabe	0	-	0	-	0	-
Tipo SS	Contributivo	2	33,33%	5	33,33%	7	33%
	Subsidiado	2	33,33%	6	40,00%	8	38%
	Excepcion	1	16,67%	4	26,67%	5	24%
	Especial	0	-	0	-	0	-
	No asegurado	1	16,67%	0	-	1	5%
	Indeterminado	0	-	0	-	0	-
Rango de edad	< 1 año	2	33,33%	5	33,33%	7	33%
	1-4	2	33,33%	2	13,33%	4	19%
	5-9	0	-	4	26,67%	4	19%
	10-17	0	-	0	-	0	-
	18-29	0	-	2	13,33%	2	10%
	30-49	2	33,33%	2	13,33%	4	19%
	50-59	0	-	0	-	0	-
	60 y mas	0	-	0	-	0	-
	Total	**6**		**15**		**21**	

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

De los 21 casos notificados, seis (6) se clasifican como sospechosos. En este grupo, la distribución por sexo es equitativa (50,0% masculino y 50,0% femenino). El 83,33% procede de cabecera municipal y el 16,67% de área rural dispersa.

Según el tipo de aseguramiento, los casos se distribuyen de manera homogénea entre los regímenes contributivo y subsidiado (33,33% cada uno), seguidos del régimen de excepción y no asegurado (16,67% cada uno).

Por grupos de edad, el 33,33% corresponde a menores de un año, el 33,33% al grupo de 1 a 4 años y el 33,33% a personas de 30 a 49 años. El 100% de los casos se encuentra vivo.

Tasa de notificación de casos sospechosos de Sarampión/Rubeola. Santander, SE 01-12, 2026

Municipio	Población	Tasa notificación
Bucaramanga	618.548	0,97
Floridablanca	315.194	0,95
Giron	177.523	1,69
Barrancabermeja	230.559	0,87
San Gil	71.064	2,81
Barichara	13.156	7,60
Curiti	14.751	6,78
Los Santos	17.263	5,79
Piedecuesta	192.888	0,52
Tona	8.522	11,73
SANTANDER	2.410.700	0,87

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

En el marco de la meta de erradicación/eliminación, se realiza seguimiento permanente a la tasa de notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola para UNM del departamento, la cual a nivel departamental fue de 0,87 casos por cada 100.000 habitantes.

Alerta

En la SE 08 de 2026 se confirmó un caso de sarampión en un residente de Bucaramanga, con antecedente de viaje internacional a Ciudad de México durante el periodo probable de incubación y exposición en evento masivo.

El 26 de febrero de 2026 se obtuvo resultado positivo para IgM antisarampión y el 27 de febrero confirmación por PCR (genotipo D8). El Instituto Nacional de Salud clasificó el caso como importado. No requirió hospitalización ni se registró defunción.

En el contexto del sarampión como Evento de Interés en Salud Pública de Importancia Internacional (EISPII) en fase de eliminación, la confirmación de un caso configura un brote en seguimiento. A la fecha, no se evidencia transmisión local ni casos secundarios; se completó la investigación de contactos sin casos secundarios, continua la búsqueda activa de casos. La fecha estimada de cierre es el 15 de mayo de 2026, condicionada a la ausencia de nuevos casos confirmados.

Adicional a los casos procedentes del departamento previamente descritos, se notificaron tres (3) casos en residentes con antecedente de viaje internacional, de los cuales uno (1) corresponde al caso confirmado y dos (2) fueron descartados. Estos últimos corresponden a mujeres residentes en cabecera municipal del municipio de Bucaramanga, en los grupos de edad 1 a 4 años y 30 a 49 años, respectivamente.

2.1.7 Síndrome de rubeola congénita

A semana epidemiológica (SE) número 12 de 2026, se notificó al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) no se notificaron casos. En el año 2025, con corte a SE 12 no se notificaron casos.

2.1.8 Tétanos Accidental

A semana epidemiológica (SE) número 12 de 2026, no se notificaron casos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). En el año 2025, con corte a SE 12 no se notificaron casos.

2.1.9 Tétanos neonatal

A semana epidemiológica (SE) número 12 de 2026, no se notificaron casos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). En el año 2025, con corte a SE 12 no se notificaron casos.

2.1.10 Tos Ferina

A semana epidemiológica (SE) número 12 de 2026, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) ciento seis (106) casos probables de Tos ferina, procedentes del departamento de Santander. De estos, el 21% (22) han sido confirmados por laboratorio, el 50% (53 casos) continúan en estudio (probable) y el 29% (31 casos) fueron descartados. [2]

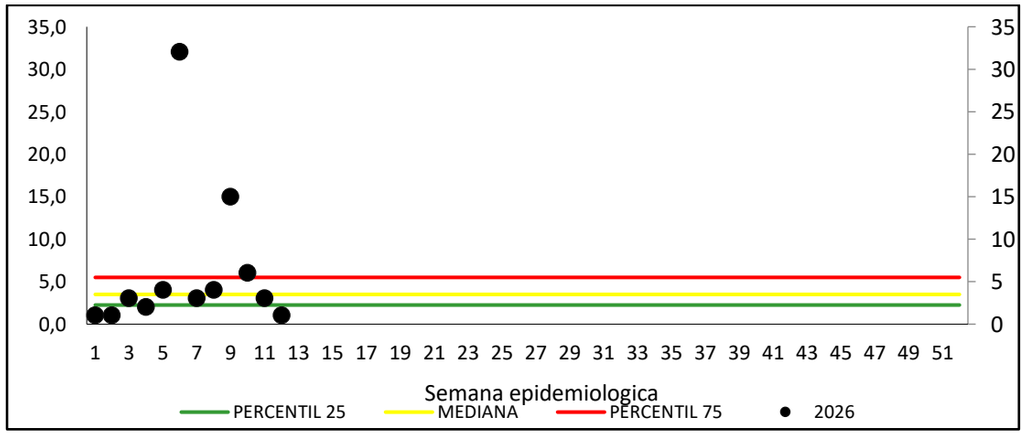
[2] La información es preliminar puede presentar variaciones semanales debido a notificaciones tardías, hallazgos de la investigación epidemiológica de campo, ajustes en la clasificación y procesos de depuración por calidad del dato, propias del proceso de seguimiento al evento.

Notificación y clasificación de casos de Tos Ferina, Santander, SE 01-12, 2026.

Clasificación	Número de casos	%
Probable	53	50,00
Confirmado	22	20,75
Descartado	31	29,25
Descartado por error de digitación	0	0,00
Total, de casos notificados	**97**	**100**

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Comportamiento según histórico de casos probables y confirmados de Tos Ferina. Santander, SE 01-12, 2016-2026.

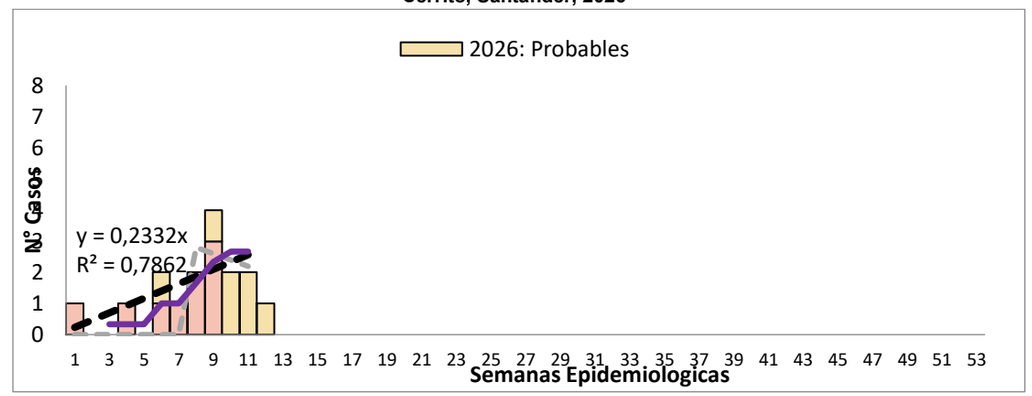


Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026.

En comparación con el comportamiento histórico, el evento se ha mantenido en su mayoría dentro de los límites esperados; sin embargo, entre las semanas epidemiológicas 8 a 11 se presentó un incremento por encima del límite superior del canal endémico. Tras la actualización del canal con la reconfiguración de casos, se observa para la SE 12 el retorno a la zona de seguridad, acompañado de una disminución en el número de casos, lo que sugiere un comportamiento hacia la estabilización.

En el seguimiento del evento, al excluir el municipio de Concepción y Cerrito, se evidencia para la SE 12 una disminución en los casos, explicada por la reclasificación de casos notificados en las últimas cuatro semanas, de los cuales nueve (9) fueron ajustados a descartados.

Comportamiento de la notificación de tos ferina por SE, excluyendo los municipios de Concepción y El Cerrito, Santander, 2026



Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

Según la entidad territorial de procedencia, los casos confirmados se concentran principalmente en El Cerrito (32%) y Concepción (27%), seguidos de Bucaramanga (18%) y Floridablanca (14%), con menor participación de Piedecuesta y Girón (5% cada uno).

Los casos probables se distribuyen principalmente en El Cerrito (72%) y Concepción (15%), con menor proporción en Bucaramanga (8%) y los demás municipios.
A nivel departamental, la incidencia de tos ferina con corte a la semana epidemiológica 12 de 2026 es de 0,71 casos confirmados por 100.000 habitantes; en la población menor de cinco años, esta asciende a 8,6 casos por 100.000 habitantes, evidenciando mayor afectación en este grupo de edad.

Notificación y clasificación de casos de Tos Ferina, según entidad territorial de procedencia, Santander, SE 01-12, 2026.

Casos	Incidencia*	Confirmado		Probable		Descartado		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cerrito	92,0326	7	32	38	72	1	3	46	43
Bucaramanga	0,6467	4	18	4	8	12	39	20	19
Concepcion	98,1836	6	27	8	15	3	10	17	16
Floridablanca	0,9518	3	14	1	2	5	16	9	8
Piedecuesta	0,5184	1	5	1	2	2	6	4	4
Giron	0,5633	1	5	0	-	2	6	3	3
Pinchote	-	0	-	0	-	2	6	2	2
Barrancabermeja	-	0	-	0	-	1	3	1	1
Barbosa	-	0	-	0	-	1	3	1	1
Guaca	-	0	-	0	-	1	3	1	1
Sabana de Torres	-	0	-	0	-	1	3	1	1
San Gil	-	0	-	1	2	0	-	1	1
SANTANDER	0,91	22	100	53	100	31	100	106	

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026.*Por 100 mil habitantes

Distribución sociodemográfica de los casos probables y confirmados de Tosferina. Santander, SE 01-12, 2026.

Variables		Confirmados		Probable		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Sexo	Femenino	10	45,5%	28	52,8%	38	50,7%
	Masculino	12	54,5%	25	47,2%	37	49,3%
Área	Cabecera m/pal	11	50,0%	7	13,2%	18	24,0%
	Centro Poblado	0	-	0	-	0	-
	Rural Disperso	11	50,0%	46	86,8%	57	76,0%
Condición Final	Vivo	21	95,5%	53	100,0%	74	98,7%
	Muerto	1	4,5%	0	-	1	1,3%
	No sabe	0	-	0	-	0	-
Tipo SS	Contributivo	5	22,7%	6	11,3%	11	14,7%
	Subsidiado	17	77,3%	47	88,7%	64	85,3%
	Excepcion	0	-	0	-	0	-
	Especial	0	-	0	-	0	-
	No asegurado	0	-	0	-	0	-
	Indeterminado	0	-	0	-	0	-
Rango de edad	< 1 año	11	50,0%	6	11,3%	17	22,7%
	1-4	6	27,3%	12	22,6%	18	24,0%
	5-9	1	4,5%	13	24,5%	14	18,7%
	10-17	2	9,1%	12	22,6%	14	18,7%
	18-29	2	9,1%	1	1,9%	3	4,0%
	30-49	0	-	7	13,2%	7	9,3%
	50-59	0	-	0	-	0	-
	60 y mas	0	-	2	3,8%	2	2,7%
Total		**22**		**53**		**75**	

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

La distribución sociodemográfica de los casos probables y confirmados de tos ferina muestra una distribución similar por sexo, con ligera predominancia en mujeres (50,7%) frente a hombres (49,3%). Según el área de procedencia, predominan los casos en zona rural dispersa (76,0%), seguida de cabecera municipal (24,0%), sin registro en centros poblados.

En relación con la condición final, el 98,7% de los casos se encuentra vivo, con el registro de una defunción (1,3%). Según el tipo de afiliación, predomina el régimen subsidiado (85,3%), seguido del contributivo (14,7%), sin registro en otros regímenes.

Por grupos de edad, los casos se concentran principalmente en población menor de 5 años (46,7%), destacándose los grupos de 1 a 4 años (24,0%) y menores de un año (22,7%). También se observa participación en los grupos de 5 a 9 años y 10 a 17 años (18,7% cada uno), con menor proporción en adultos.

Brote en población indígena

El 27 de enero de 2026 se activó alerta por brote de tos ferina en población indígena de los municipios de Concepción y El Cerrito. Con corte a la SE 12, se han notificado 106 casos en el departamento, de los cuales el 59 % (63) corresponden a población indígena, procedentes exclusivamente de estos dos municipios. En este grupo, el 73% son casos probables (46), el 21 % confirmados (13) y el 6 % descartados (4).

Clasificación de casos de Tos Ferina, Población Indígena, según entidad de procedencia, Santander, 2026[3]

Clasificación	Cerrito		Concepcion		Total	
	n	%	n	%	n	%
Probable	38	82,61	8	47,06	46	73,02
Confirmado	7	15,22	6	35,29	13	20,63
Descartado	1	2,17	3	17,65	4	6,35
Descartado por error de digitación	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total, de casos notificados	46	100	17	100	63	100

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

La mayoría de los casos fueron identificados mediante búsqueda activa, principalmente en la SE 08, y continúan en estudio. Desde el punto de vista sociodemográfico, los casos probables se concentran en población de zona rural dispersa (100%), afiliada al régimen subsidiado (100%), con mayor frecuencia en los grupos de 5 a 9 años (28,3%), 1 a 4 años (26,1%) y 10 a 17 años (19,6%).

Por su parte, los casos confirmados se distribuyen principalmente en menores de 5 años (54,5% entre <1 y 1–4 años), predominan en zona rural dispersa (84,6%) y en población afiliada al régimen subsidiado (92,3%), con registro de una defunción asociada al evento.

El último caso confirmado presentó inicio de síntomas el 7 de marzo de 2026; el brote continúa en seguimiento, con fecha estimada de cierre el 18 de abril de 2026.

[3] La información es preliminar puede presentar variaciones semanales debido a notificaciones tardías, hallazgos de la investigación epidemiológica de campo, ajustes en la clasificación y procesos de depuración por calidad del dato, propias del proceso de seguimiento al evento.

Distribución sociodemográfica de los casos de Tosferina, Concepción y Cerrito, Santander, Brote, 2026

Variables		Confirmados		Probable		Descartados		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sexo	Femenino	7	31,8%	25	54,3%	3	75,0%	35	46,7%
	Masculino	6	27,3%	21	45,7%	1	25,0%	28	37,3%
Área	Cabecera m/pal	2	9,1%	0	-	0	-	2	2,7%
	Centro Poblado	0	-	0	-	0	-	0	0,0%
	Rural Disperso	11	50,0%	46	100,0%	4	100,0%	61	81,3%
Condición Final	Vivo	12	54,5%	46	100,0%	4	100,0%	62	82,7%
	Muerto	1	4,5%	0	-	0	-	1	1,3%
	No sabe	0	-	0	-	0	-	0	0,0%
Tipo SS	Contributivo	1	4,5%	0	-	0	-	1	1,3%
	Subsidiado	12	54,5%	46	100,0%	4	100,0%	62	82,7%
	Excepcion	0	-	0	-	0	-	0	0,0%
	Especial	0	-	0	-	0	-	0	0,0%
	No asegurado	0	-	0	-	0	-	0	0,0%
	Indeterminado	0	-	0	-	0	-	0	0,0%
Rango de edad	< 1 año	7	31,8%	3	6,5%	3	75,0%	13	17,3%
	1-4	5	22,7%	12	26,1%	0	-	17	22,7%
	5-9	1	4,5%	13	28,3%	0	-	14	18,7%
	10-17	0	-	9	19,6%	1	25,0%	10	13,3%
	18-29	0	-	1	2,2%	0	-	1	1,3%
	30-49	0	-	7	15,2%	0	-	7	9,3%
	50-59	0	-	0	-	0	-	0	0,0%
	60 y mas	0	-	1	2,2%	0	-	1	1,3%
Total		**13**		**46**		**4**		**63**	

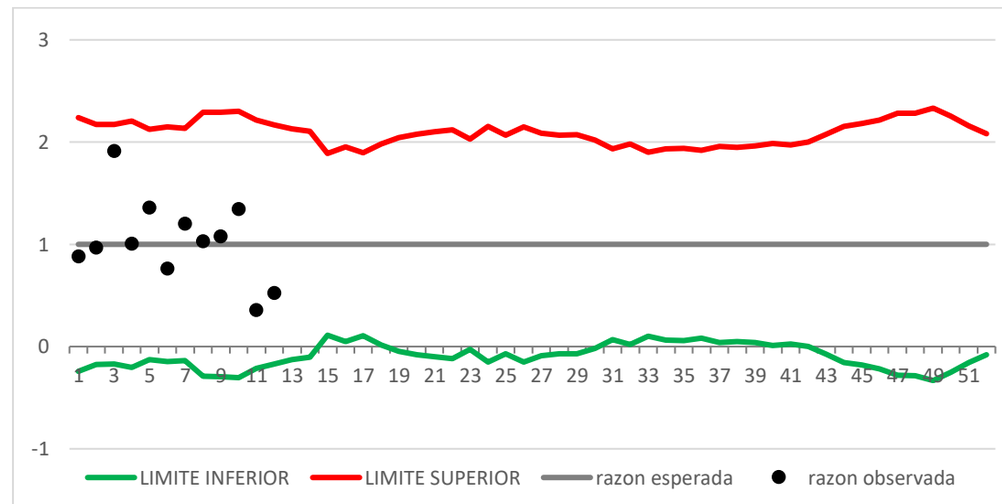
Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

2.1.11 Varicela

A semana epidemiológica (SE) 12 de 2026, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) 263 casos de varicela procedentes del departamento de Santander. Del total de casos notificados, el 98% (242) correspondió a casos confirmados por clínica y el 2% (6) son casos confirmados por nexo epidemiológico. El 100% de los brotes y/o alertas del evento fueron investigadas. Para el 100% de los brotes notificados se establecieron medidas preventivas sanitarias.

En comparación, para el año 2025, con corte a la semana epidemiológica (SE) 12, se notificaron 129 casos de procedencia en el departamento.

Comportamiento según histórico de casos de Varicela. Santander, SE 01-12, 2016-2026.



Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

De acuerdo con el comportamiento histórico del evento, para la SE 12 de 2026 la notificación se ubica dentro de lo esperado para el periodo evaluado

Casos de Varicela notificados, según entidad territorial de procedencia, Santander. SE 01-12, 2026.

Municipio	Casos	%	Incidencia
Bucaramanga	123	46,77%	19,89
Floridablanca	32	12,17%	10,15
Giron	18	6,84%	10,14
Piedecuesta	14	5,32%	7,26
San Gil	12	4,56%	16,89
Barrancabermeja	10	3,80%	4,34
Socorro	7	2,66%	18,84
Lebrija	5	1,90%	9,59
Puerto Wilches	4	1,52%	10,95
Sabana de Torres	4	1,52%	10,42
Otros municipios	34	12,93%	0,03
SANTANDER	**263**	**100**	**10,9**

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

Según la entidad territorial de procedencia, a la semana epidemiológica 12 de 2026, Bucaramanga concentra la mayor notificación de casos de varicela con 123 casos (46,77%) y una incidencia de 19,89, seguido de Floridablanca (32 casos; 12,17%; incidencia 10,15), Girón (18; 6,84%; 10,14) y Piedecuesta (14; 5,32%; 7,26).

Distribución sociodemográfica de los casos de Varicela, Santander, SE 01 – 12, 2026

Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	138	52,47%
	Femenino	125	47,53%
Área	Cabecera m/pal	235	89,35%
	Rural Disperso	24	9,13%
	Centro Poblado	4	1,52%
Condición Final	Vivo	263	100,00%
	Muerto	0	0,00%
	No sabe	0	0,00%
Tipo SS	Contributivo	163	61,98%
	Subsidiado	83	31,56%
	Excepción	10	3,80%
	Indeterminado	3	1,14%
	Especial	2	0,76%
	No asegurado	2	0,76%
Rango de edad	< 1 año	7	2,66%
	1-4	23	8,75%
	5-9	11	4,18%
	10-17	102	38,78%
	18-29	67	25,48%
	30-49	39	14,83%
	50-59	6	2,28%
	60 y mas	8	3,04%
Total		263	

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

La distribución sociodemográfica de los casos de varicela muestra un ligero predominio en hombres (52,47%). Los casos se concentran principalmente en cabeceras municipales (89,35%), con menor proporción en zona rural dispersa (9,13%) y centros poblados (1,52%). No se registran defunciones asociadas al evento.

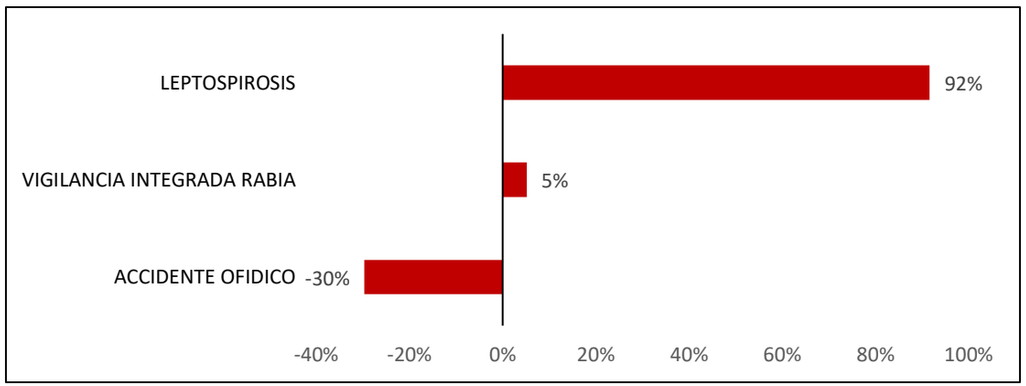
En cuanto al aseguramiento, predomina el régimen contributivo (61,98%), seguido del subsidiado (31,56%), con menor participación de otros regímenes.

Por grupos de edad, la mayor proporción de casos se presenta en adolescentes de 10 a 17 años (38,78%), seguida de adultos jóvenes de 18 a 29 años (25,48%) y adultos de 30 a 49 años (14,83%).

2.2.1 ZOONOSIS

A semana Epidemiológica 12 de 2026 se evidencia con relación a la misma semana del año 2025, un incremento en la notificación vigilancia integrada de la rabia (5%), de leptospirosis (92%) y un decremento en accidente ofídico (-30%)

Incremento - decremento. Grupo Zoonosis. Santander, Semanas Epidemiológicas 01- 12, 2025-2026

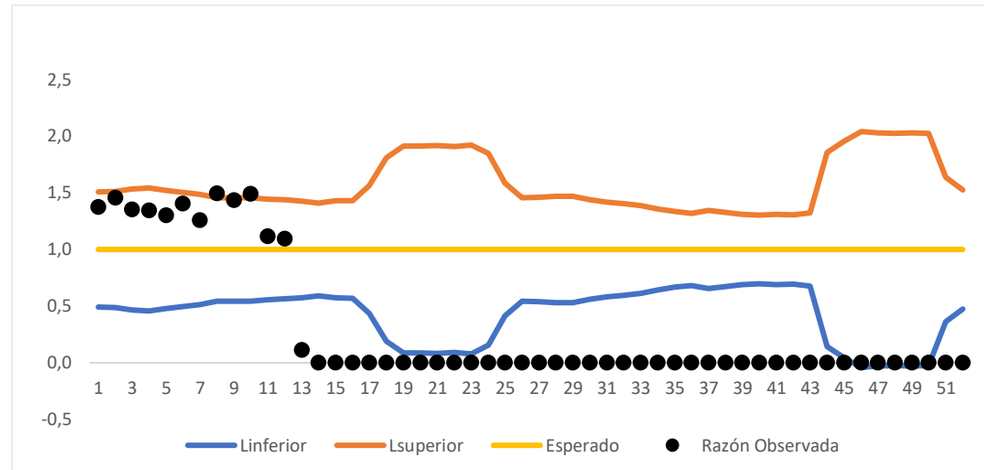


Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

2.2.2 Vigilancia Integrada de la Rabia Humana

Hasta la semana epidemiológica 12 en el 2026 se notificaron al SIVIGILA 2130 casos de Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de Rabia (AAPTR) (147 casos en semana 12. Se identifican un comportamiento estable del evento.

Razón Observada del evento Animales Potencialmente Trasmisores de Rabia, en la población en general, Santander, Semanas Epidemiológicas 01- 12, 2025-2026



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

El 51.64% de los casos de agresiones se registraron en el sexo masculino; con una incidencia de 92.94 por cada 100.000 hombres, el 76.67% de los casos se presentaron en cabecera municipal y el 46.38% pertenecen al régimen subsidiado con una incidencia de 85.32 casos por cada 100.000 personas afiliadas el régimen subsidiado.

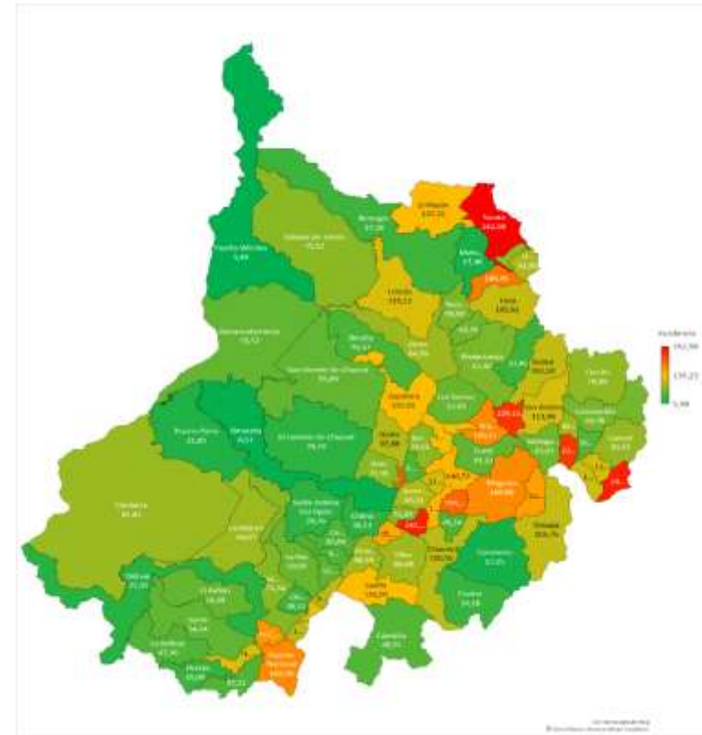
Comportamiento Demográfico y social de los casos de AAPTR, Santander, semanas epidemiológicas 01- 12, 2026

Variables		N° casos	%	Incidencia
Sexo	Masculino	1100	51,64%	92,94
	Femenino	1030	48,36%	83,93
Área	Urbano	1633	76,67%	87,97
	Rural	497	23,33%	89,64
Condicion Final	Vivo	2130	100,00%	NA
	Muerto	0	0,00%	NA
Tipo SS	Subsidiado	988	46,38%	85,32
	Contributivo	951	44,65%	85,76
	Excepción / Especial	139	6,53%	190,76
	No asegurado	22	1,03%	SD
	Especial	17	0,80%	SD
Total		**2130**		

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

La proporción de incidencia en Santander es de 88.36 casos/100.000 habitantes. Dentro de los municipios con mayor incidencia en AAPTR se encuentran: Surata, Macaravita ,Cepita, San José De Miranda, Confines, Guavatá , Puente Nacional, Valle de San José, Palmar, Aratoca, Guapita, Vetas, charta, Mogotes; El municipio con mayor número de casos es Bucaramanga con 497 casos; la proporción de incidencia para el municipio es 80.35 casos/100.000 habitantes.

Proporción de incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, Santander, SE 01- 12 2026

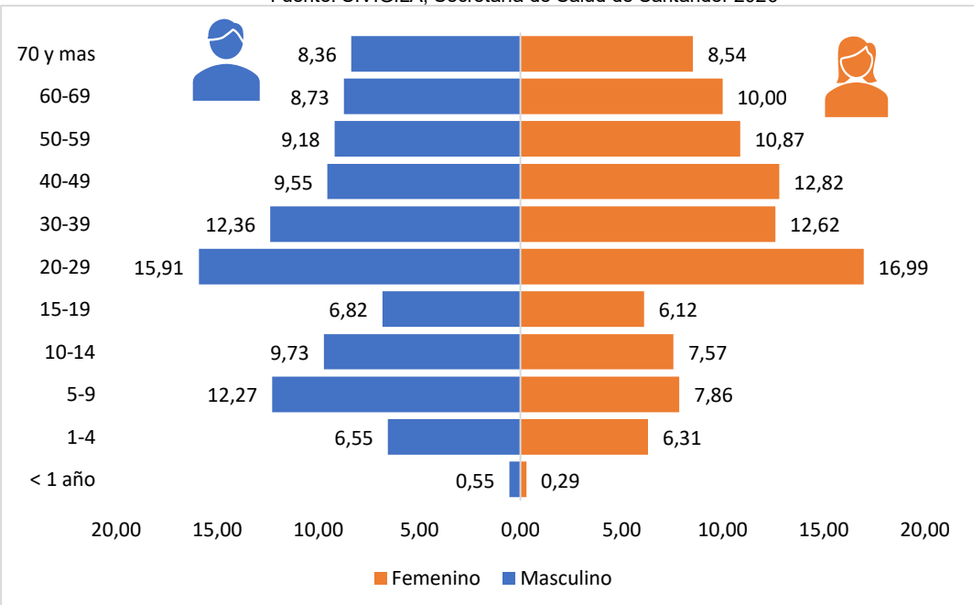


Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

El grupos de edad con mayor notificación de este evento es 20 a 29 años con 16.43% para ambos sexos .

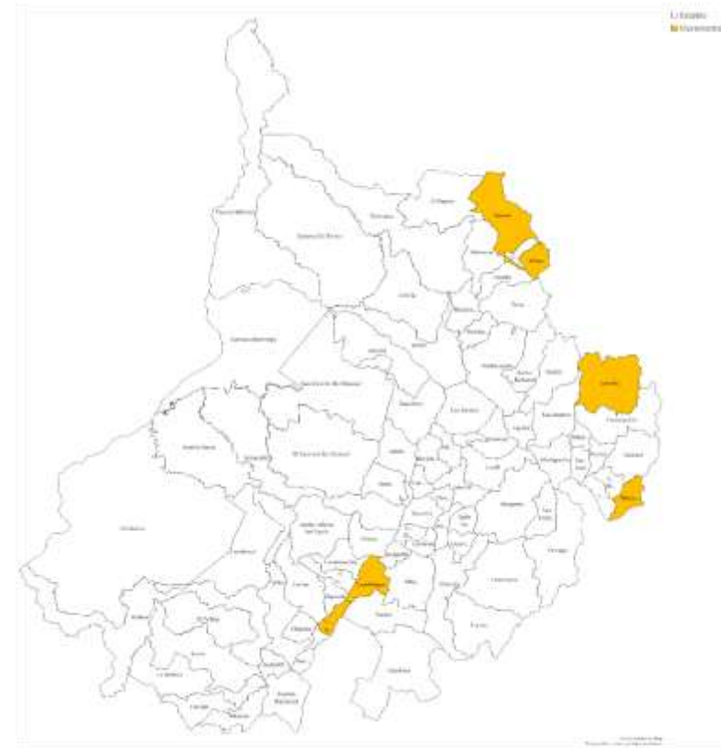
Pirámide por grupo de Edad y Sexo, Santander, semanas epidemiológicas 01- 12, 2026

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026



En referencia al comportamiento Inusual de las AAPTR, se evidencia un incremento en los municipios, Surta, Veta, Cerrito, Macaravita, Guadalupe y San Benito

Mapa, de Comportamiento Inusual de las AAPTR, Santander, semanas epidemiológicas 01-12, 2026



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

En el departamento de Santander el animal que reporta mayor número de casos de agresiones es el perro con el 79.58% (158 casos corresponden a exposiciones graves), seguido del gato con 18.92%. El 69.44% de los casos de agresiones se clasificaron como No Exposición al Virus Rábico, el 18.17% como exposición leve y el 12.39% como exposición grave.

Animal Agresor y Tipo de Exposición por Animales Potencialmente Trasmisores de Rabia, Santander, Semanas Epidemiológicas 01-12, 2026.

Animal Agresor	No exposición	Exposición leve	Exposición grave	Total	%
Perro	1202	335	158	1695	79,58%
Gato	274	51	78	403	18,92%
Murcielago	0	0	12	12	0,56%
Otros silvestres	1	0	8	9	0,42%
Porcino	1	0	3	4	0,19%
Mico	0	0	3	3	0,14%
Grandes roedores	1	1	1	3	0,14%
Zorro	0	0	1	1	0,05%
Bovino	0	0	0	0	0,00%
Equino	0	0	0	0	0,00%
Humano	0	0	0	0	0,00%
Otros domesticos	0	0	0	0	0,00%
Ovino- Caprino	0	0	0	0	0,00%
Pequeños roedores	0	0	0	0	0,00%
Total	**1479**	**387**	**264**	**2130**	**100%**

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

En relación con el manejo de los casos de agresiones de acuerdo con el tipo de exposición, se observa que no se le realizó lavado de la herida a la totalidad de ellos, siendo ésta la medida de mayor importancia en la prevención de la Rabia.

Se le ordeno suero al 95.83% de las exposiciones graves y vacuna antirrábica al 93.28% de las exposiciones leves. Según la guía de atención se debe aplicar suero en las agresiones clasificadas como exposición grave y vacuna antirrábica en las agresiones clasificadas como leves y graves.

Tipo de Exposición y tratamiento por animales potencialmente trasmisores de Rabia, Santander, semanas epidemiológicas 01- 12, 2026

Tipo de exposición	Tratamiento			
	Total	Manejo de herida	Suero	Vacuna
No exposición	1479	1435	7	18
Exposición leve	387	375	15	361
Exposición grave	264	260	253	262
Total	**2130**	**2070**	**275**	**641**

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

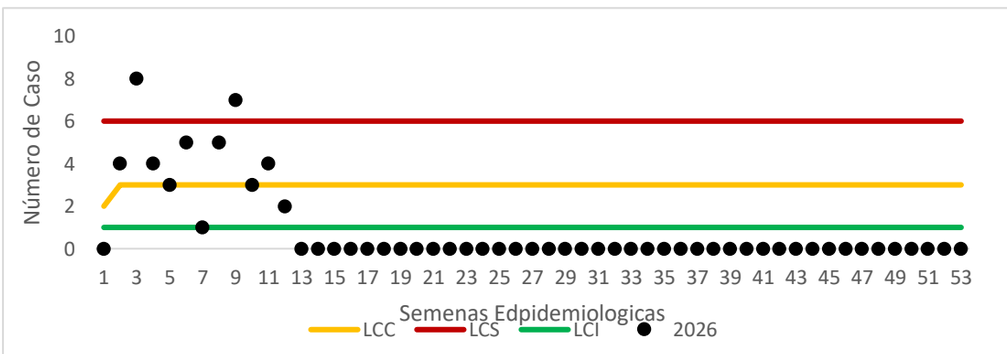
A semana epidemiológica 12 del 2026 no se han notificado casos de rabia humana.

2.2.2 **Rabia animal:** A semana epidemiológica 12 del 2026 no se han notificado casos de rabia en perros y gatos.

2.2.3 Leptospirosis

A semana epidemiológica 12 de 2026 se encuentran reportados al SIVIGILA 46 casos de leptospirosis (se notificó 2 casos en la última semana). Durante las semanas 1 a 12 se observa un número de casos semanal por encima de lo esperado, e incluso en la semana 3 y 9 se presenta un pico mayor de 6 casos, superando ampliamente el límite superior (LCS), lo que indica un comportamiento epidémico con aumento significativo en la ocurrencia del evento.

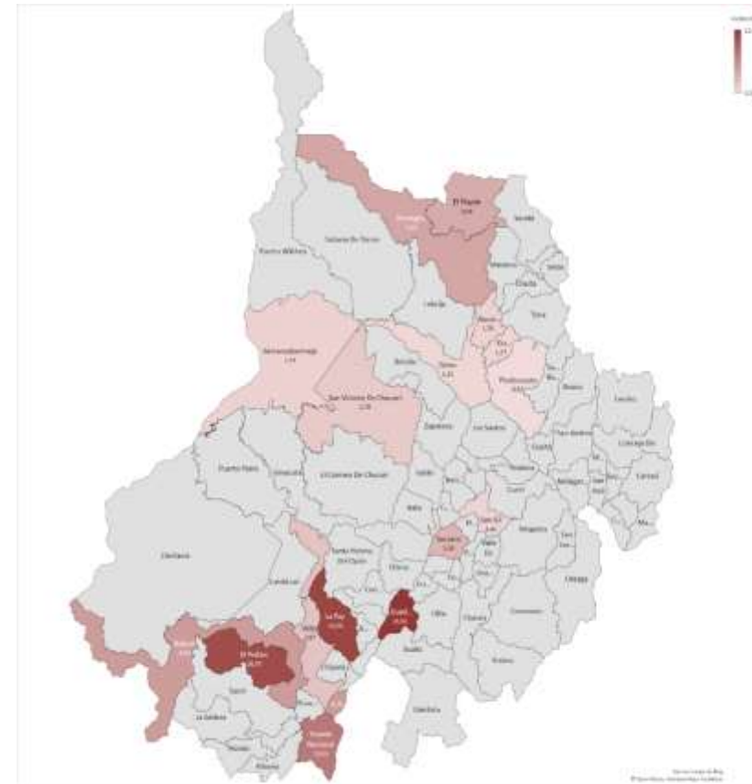
Casos Leptospirosis, Santander, Semanas epidemiológicas 01- 12, 2025-2026



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

Los municipios con mayor incidencia de leptospirosis según procedencia son: Guadalupe, La paz, El Peño, Puente Nacional, Barbosa, Bolívar, Rionegro, El playón, , Socorro, Velez, San Vicente de Chucuri, Bucaramanga, Barrancabermeja, San Gil, Floridablanca y Girón, La incidencia del evento para Santander es 1.62 casos/100.000 habitantes.

Incidencia de Leptospirosis por municipio de procedencia. Santander, semanas epidemiológicas 01- 12, 2026



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

El 63.04% de los casos de Leptospirosis se presentaron en el sexo masculino, con una incidencia de 2.45 casos por cada 100.000 hombres; el 69.57% se presentaron área urbana con una incidencia de 5.77casos por cada 100.000 habitantes en área urbana; y el 47.83% pertenecen al régimen contributivo con una incidencia de 1.98 por cada 100.000 habitantes del régimen contributivo.

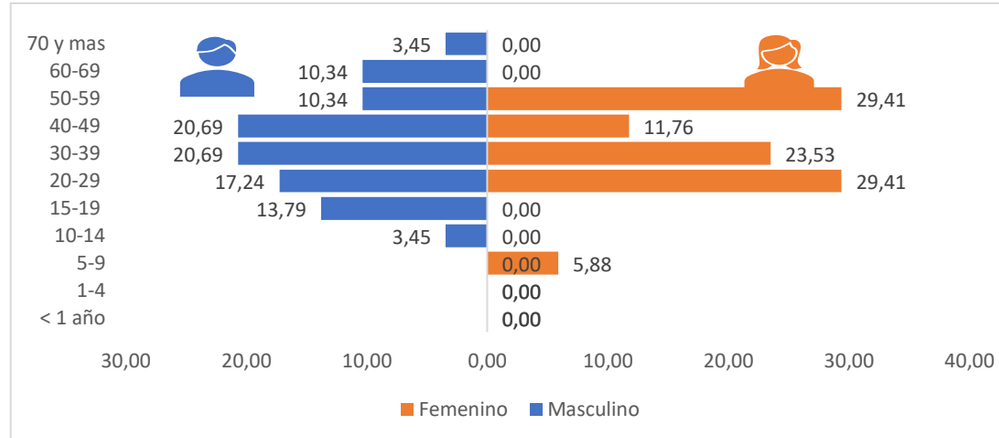
Comportamiento Demográfico y social de los casos de Leptospirosis, Santander, semanas epidemiológicas 01- 12, 2025

Variables	N° casos	%	Incidencia
Masculino	29	63,04%	2,45
Femenino	17	36,96%	1,39
Urbano	32	69,57%	5,77
Rural	14	30,43%	0,08
Vivo	46	100,00%	2135,56
Muerto	0	0,00%	0,00
Contributivo	22	47,83%	1,98
Subsidiado	14	30,43%	1,21
Excepcion / Especial	9	19,57%	12,35
Indeterminado	1	2,17%	NA
Especial	0	0,00%	NA
	46		

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

El 21.74% de los casos se presentaron en el rango de edad de 20 a 29 años de ambos sexos.

Casos de Leptospirosis por rango de Edad y Sexo, Santander, semanas epidemiológicas 01-12 2025



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

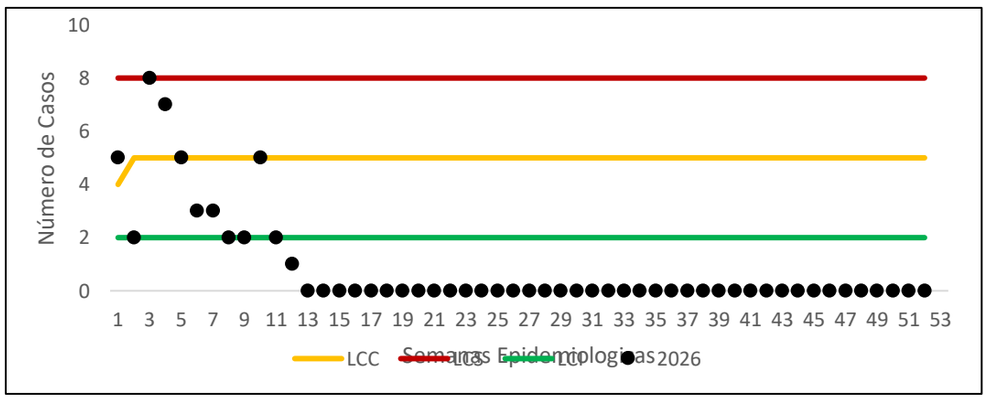
Indicadores de Leptospirosis

Tipo de Indicador	Valor
Proporción de casos de leptospirosis según clasificación. Caso confirmado por laboratorio o por nexo / caso sospechoso	10.87%
Letalidad por leptospirosis / casos confirmados	0%

2.2.4 Accidente Ofídico

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2026 se notificaron al SIVIGILA 45 casos de accidente ofídico (se notificaron 1 casos en la última semana). Durante las semanas 1 a 11 se observa un número de casos semanales mayor a lo esperado, e incluso en la semana 3 se presenta un pico el límite superior (LCS), lo que indica un comportamiento epidémico con aumento en la ocurrencia del evento.

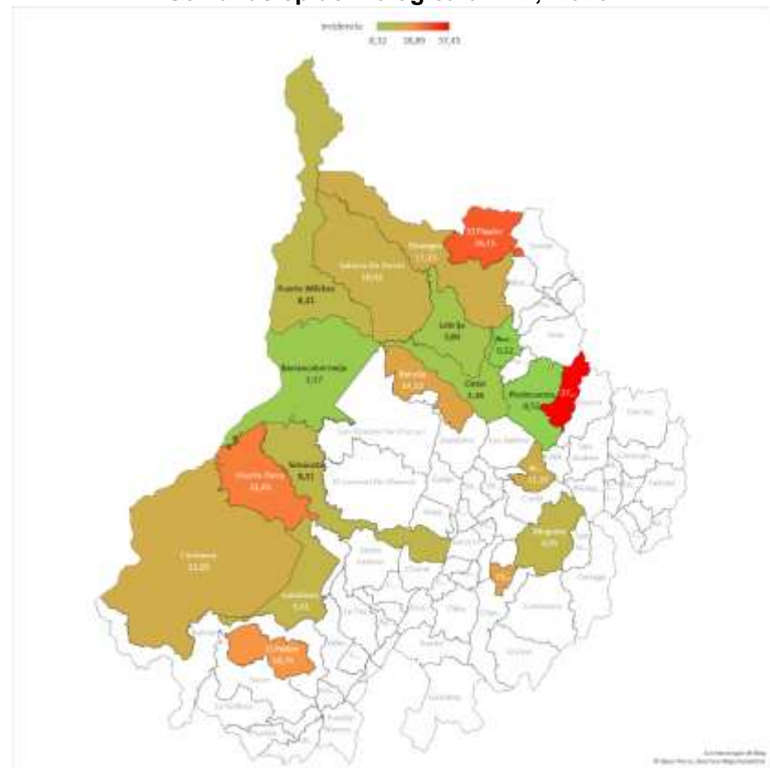
Casos notificados de accidentes ofídicos, Santander, Semanas epidemiológicas 01- 12, 2025-2026



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

Los Municipios con mayor incidencia son, Santa Barbara, el playón, puerto Parra, El peñon , Ocamonte, Betulia, Cimitarra, Aratoca, Rionegro, Sabana de Torres, Landazuri, Mogotes, Simacota, y Puerto Wilches,. La incidencia d Santander es 1.83 casos por cada 100.000 habitantes.

Incidencia de accidente ofídico por municipio de procedencia, Santander, Semanas epidemiológica 01- 12, 2026



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

El 68.89% de los accidentes ofídicos se registraron en el sexo masculino con una incidencia de 2.62 casos por cada 100.000 hombres; el 82.22% ocurrieron en área rural dispersa con una incidencia de 6.67 casos por cada 100.000 habientes del área rural y el 66.67% pertenecen al régimen subsidiado. A semana epidemiológica 12 no se presentados casos de mortalidad por accidente ofídico.

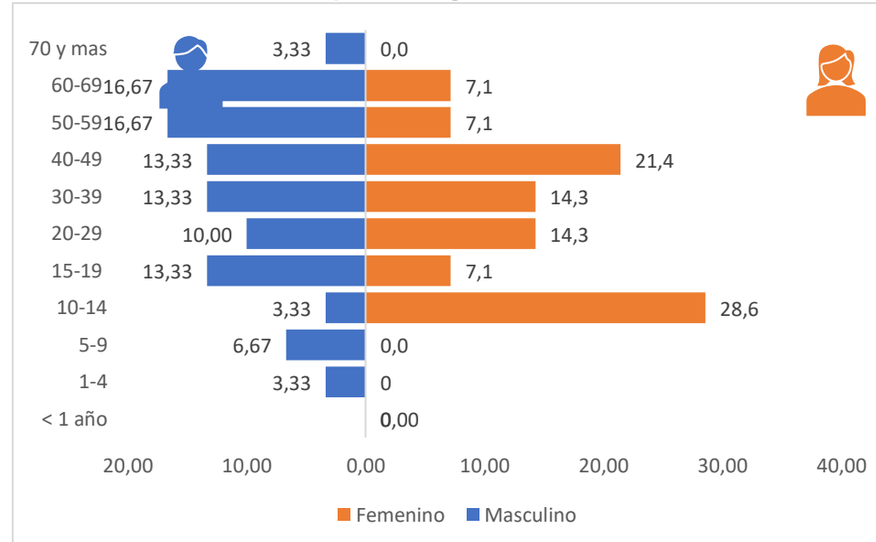
Comportamiento demográfico y social de los casos de accidente ofídico, Santander, Semanas Epidemiológicas 01- 12. 2026

Variables		N° casos	%	Incidencias
Sexo	Masculino	31	68,89%	2,62
	Femenino	14	31,11%	1,14
Área	Rural	37	82,22%	6,67
	Urbano	8	17,78%	0,43
Condicion Final	Vivo	45	100,00%	1,87
	Muerto	0	0,00%	0,00
Tipo SS	Subsidiado	30	66,67%	2,71
	Contributivo	11	24,44%	0,95
	Excepción - Especial	3	6,67%	0,41
	Excepcion	1	2,22%	SD
	Especial	0	0,00%	SD
Total		**45**		

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

Los grupos de edad más afectados son los de 40 a 49 con el 15.91% para ambos sexos, para el sexo femenino el grupo de edad con mas reporte son los de 10-14 años con 28.6% y en el sexo masculino as edades de 50-59 años con un 16.67%

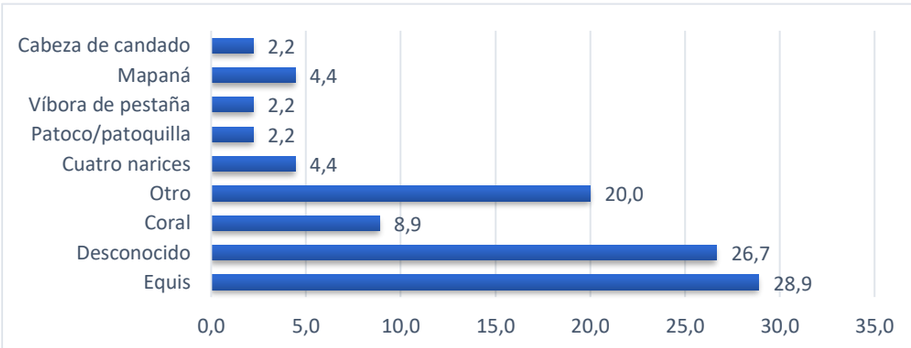
Casos de Accidente Ofídico por Rango de Edad y Sexo, Santander, Semanas epidemiológicas 01- 12, 2026



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

Los tipos de serpientes que ocasionaron mayor proporción de casos de accidente ofídico son Equis 28.9 % y Coral con el 8.9%.

Casos de Accidente Ofídico por agente agresor, Santander, Semanas epidemiológicas 01- 12, 2026



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

Indicadores de accidente ofídico:

Nombre del Indicador	Valor
Proporción de personas con tratamiento específico (suero antiofídico) aplicado / casos	60.98%
Letalidad por accidente ofídico / casos	0%

2.2.5 Encefalitis Equina Venezolana:

A semana Epidemiológica 12 del 2025 no se han notificado casos confirmados de Encefalitis Equina.

2.2.6 Monkeypox

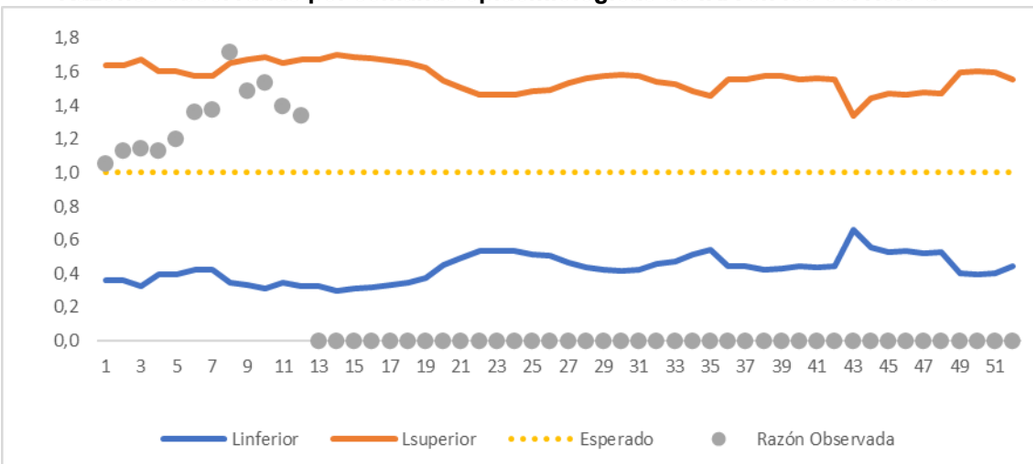
El departamento de Santander a semana Epidemiológica 12 se han notificado 6 casos de los cuales 4 esta descartados, y dos casos confirmados en personas de sexo masculino, con edades entre 30 y 40 años, residentes en los municipios de Barrancabermeja y Piedecuesta. A la fecha, uno de los casos se encuentra activo y en seguimiento por parte del equipo de vigilancia epidemiológica.

3. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA A SE 12.

El análisis del comportamiento de las razones observadas de infección respiratoria aguda (IRA) en los servicios de urgencias y consulta externa en la población general del departamento de Santander, comparado con el canal endémico construido con la serie histórica 2021-2026, evidencia que durante las primeras semanas epidemiológicas del año se presenta un incremento de las razones observadas por encima del límite superior esperado.

Se recomienda mantener el monitoreo continuo del evento y fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, con el fin de identificar oportunamente incrementos inusuales en la demanda de atención por IRA.

Razones observadas por semanas epidemiológicas de IRA en los servicio de

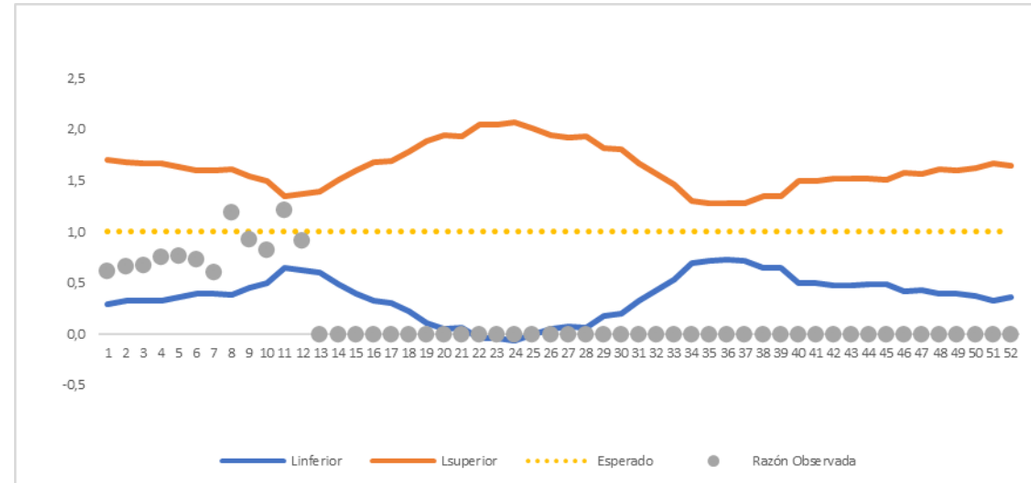


Consulta Externa y Urgencias en población general, Santander 2021-2026

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

El análisis del comportamiento de las razones observadas de IRA en UCI en la población general del departamento de Santander, comparado con el canal endémico histórico 2021–2026, evidencia que durante las primeras semanas epidemiológicas del año las razones observadas se ubicaron por encima del valor esperado, indicando un incremento en la demanda de atención en UCI por causas respiratorias.

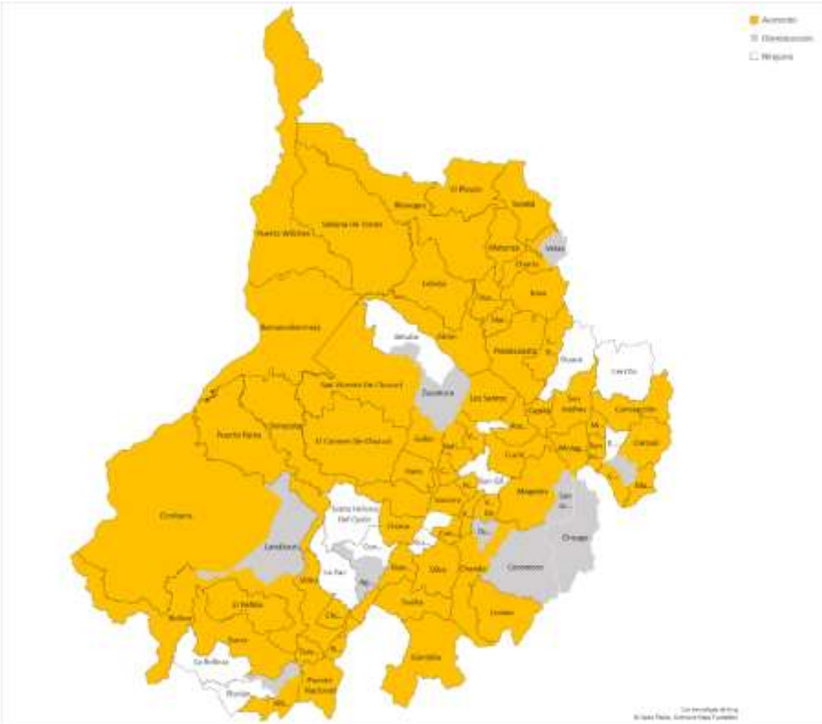
Razones observadas por semanas epidemiológicas de IRA en los servicios de UCI en población general, Santander 2021-2026



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

De los 87 municipios de Santander 73% (64 municipios) se encuentran con aumento significativo para Infección respiratoria aguda a semana Epidemiológica 12

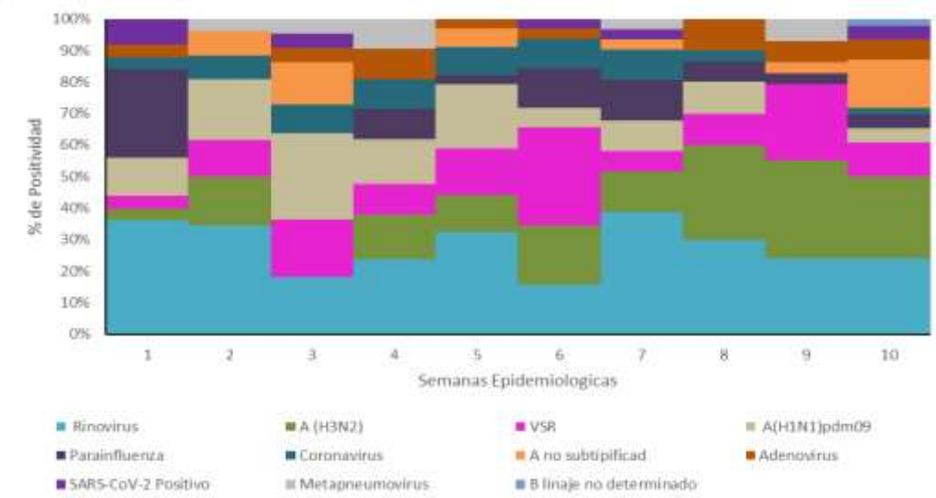
Mapa de comportamiento Inusual de la IRA en población del departamento de Santander.



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

La positividad de virus respiratorios en Santander para el año 2026 hasta la semana epidemiológica 10 muestra un patrón de con circulación viral con predominio sostenido de rinovirus, el cual mantiene la mayor proporción en la mayoría de semanas. Se evidencia un incremento progresivo de influenza A (H3N2) y del virus sincitial respiratorio (VSR) hacia las semanas recientes (7–10), sugiriendo el inicio de un periodo de mayor intensidad de transmisión respiratoria. Otros virus como parainfluenza, coronavirus, adenovirus y metapneumovirus presentan participación variable y menor proporción, sin predominio claro. La circulación de influenza no subtipificada y otros linajes indica persistencia de diversidad viral. En conjunto, el comportamiento corresponde a un escenario de transición hacia un pico respiratorio, lo que exige fortalecer la vigilancia, la confirmación diagnóstica y las medidas de prevención, especialmente en población de riesgo.

Positividad por tipo de virus según semana epidemiológica, Santander años 2026



Fuente: Laboratorio de Salud Pública de Santander, datos suministrados por instituciones con implementación de panel viral respiratorio FilmArray.

2.3 ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

2.3.1 Arbovirosis

2.3.1.1 Dengue y Dengue Grave

Hasta la semana epidemiológica 12 del año 2026, se notificaron al SIVIGILA **1.758** casos de Dengue. Los casos de dengue sin signos de alarma corresponden al 65,2%, dengue con signos de alarma el 34,2%, y el 0,6% de los casos registraron formas graves. Según las características sociodemográficas el 53,2% de los casos se presentaron en el sexo masculino; el 85,2% ocurrieron en área cabecera municipal y el 56,5% registraron régimen de seguridad social contributivo.

Características sociodemográficas Dengue, Dengue Grave. Santander, S.E. 1-12, 2026

	Variables	Dengue	Dengue Grave	Total	%	Proporción Incidencia
Sexo	Masculino	931	5	936	53,2%	79,08
	Femenino	817	5	822	46,8%	66,98
Área	Cabecera m/pal	1490	8	1498	85,2%	80,70
	Centro Poblado y Rural Disperso	258	2	260	14,8%	46,89
Tipo SS	Contributivo	990	3	993	56,5%	89,55
	Subsidiado	603	5	608	34,6%	52,50
	Excepción	127	2	129	7,3%	177,04
	Especial	12	0	12	0,7%	
	No asegurado	8	0	8	0,5%	
	Indeterminado	8	0	8	0,5%	
Total		**1748**	**10**	**1758**	**100%**	

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Los grupos de edad con mayor aporte en el número de casos para este evento fueron adultez aportando el 26%, y juventud con el 21% de los casos. Según la proporción de incidencia los grupos afectados son principalmente infancia y adolescencia.

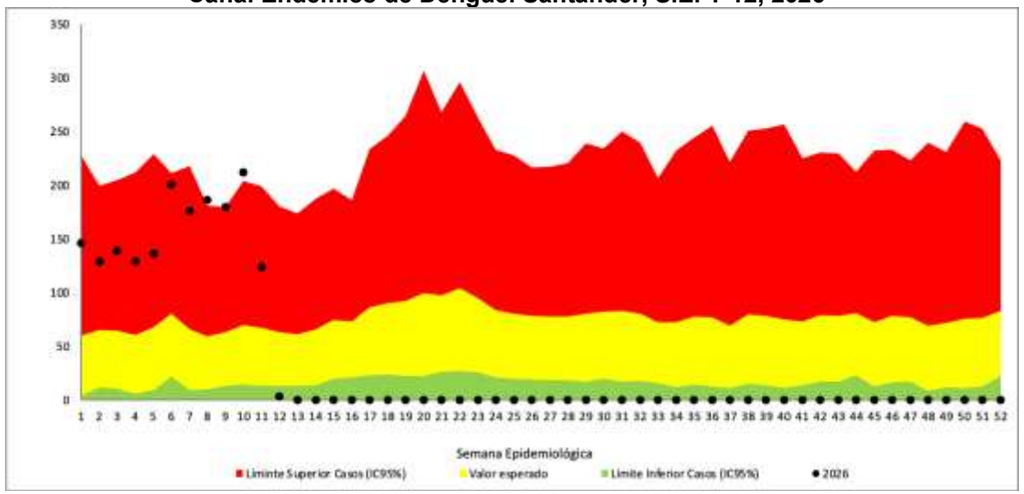
Dengue y Dengue Grave por grupo de edad. Santander, S.E. 1-12, 2026

Grupo de Edad	Total	%	Proporción Incidencia
Primera Infancia (0 a 5 años)	160	9%	87,53
Infancia (6 a 11 años)	339	19%	165,94
Adolescencia (12 a 17 años)	314	18%	145,69
Juventud (18 a 28 años)	364	21%	87,58
Adultez (29 a 59 años)	450	26%	45,18
Vejez (≥ 60 años)	131	7%	33,03
Total	**1758**	**100%**	**72,92**

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

El canal endémico de dengue para Santander se encuentra en situación de brote tipo I y con una tendencia creciente, con respecto al comportamiento histórico del evento.

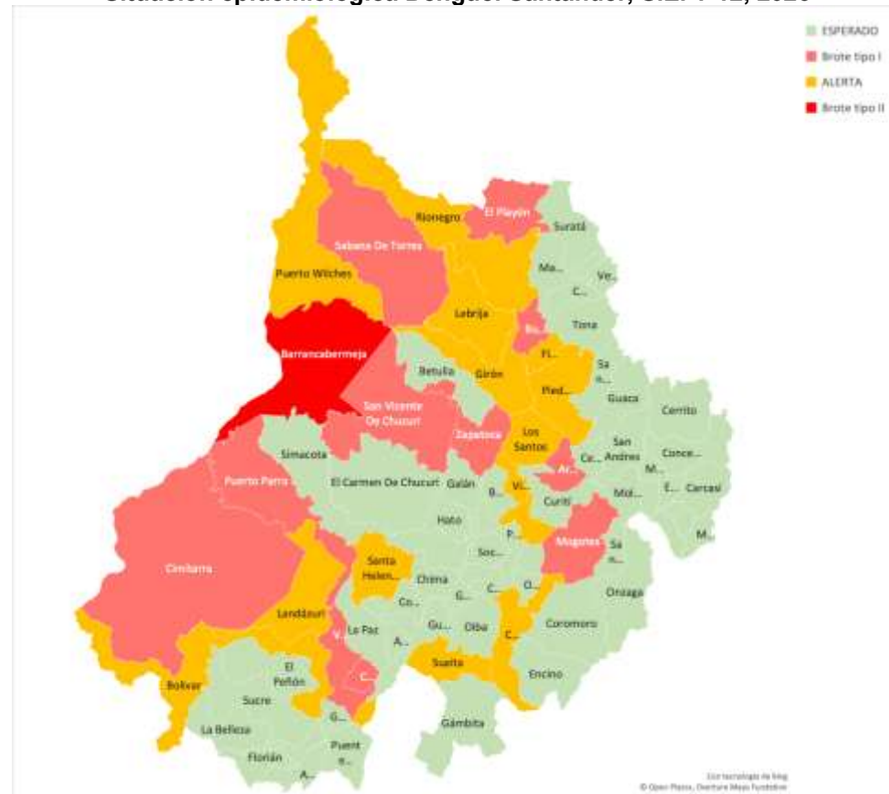
Canal Endémico de Dengue. Santander, S.E. 1-12, 2026



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Los municipios que permanecen en situación de Brote tipo I son 12, que corresponden a: **Aratoca, Bucaramanga, Chipatá, Cimitarra, El Playón, Mogotes, Puerto Parra, Sábana de Torres, San Vicente de Chucurí, Vélez y Zapatoca**. El departamento cuenta con 1 municipio en situación de Brote tipo II: **Barrancabermeja**. Los municipios se encuentran en situación de Alerta son 15, que corresponden a: **Barbosa, Bolívar, Charalá, Floridablanca, Girón, Landázuri, Lebrija, Los Santos, Piedecuesta, Puerto Wilches, Rionegro, San Gil, Santa Helena del Opón, Suaita y Villanueva.**

Situación epidemiológica Dengue. Santander, S.E. 1-12, 2026



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Los municipios con mayor aporte en el número de casos de dengue fueron: Bucaramanga (31,4%), Barrancabermeja (13,6%), Floridablanca (12,8%), Girón (8,4%), y Piedecuesta (6,0%). Los municipios con mayor incidencia fueron: Aratoca 248,8 (incremento), Chipatá 247,7 (incremento), Sábana de Torres 239,6 (incremento), y El Playón 183,1 (incremento) casos por 100 000 habitantes en población a riesgo. El departamento registra una incidencia de **72,9 casos por 100 000 habitantes.**

Dengue y Dengue Grave por municipio de procedencia. Santander, S.E. 1-12, 2026

Municipio	Sin signos de alarma	Con signos de alarma			Dengue Grave	Total	%	Incidencia
		Probable	Conf. Lab.	Conf. Nexo				
Bucaramanga	380	33	137	0	2	552	31,4%	89,2
Barrancabermeja	112	8	118	0	1	239	13,6%	103,7
Floridablanca	161	9	54	0	1	225	12,8%	71,4
Giron	111	4	30	0	3	148	8,4%	83,4
Piedecuesta	70	18	17	0	0	105	6,0%	54,4
Sabana de Torres	68	12	12	0	0	92	5,2%	239,6
San Vicente de Chucuri	32	4	29	0	0	65	3,7%	181,0
Barbosa	31	2	2	0	0	35	2,0%	102,2
Cimitarra	9	6	17	0	1	33	1,9%	97,6
El Playon	12	3	13	0	0	28	1,6%	183,1
Puerto Wilches	16	0	7	0	0	23	1,3%	63,0
Aratoca	7	0	15	0	0	22	1,3%	248,8
Velez	17	1	2	0	0	20	1,1%	73,3
Chipata	7	5	1	0	0	13	0,7%	247,7
Lebrija	10	1	2	0	0	13	0,7%	24,9
Landazuri	4	2	6	0	0	12	0,7%	112,9
San Gil	10	1	1	0	0	12	0,7%	16,9
Zapatoca	10	2	0	0	0	12	0,7%	116,5
El Carmen de Chucuri	6	2	2	0	0	10	0,6%	40,2
Charala	7	0	1	0	0	8	0,5%	57,5
Mogotes	6	1	0	1	0	8	0,5%	71,6
Suaita	7	0	1	0	0	8	0,5%	77,8
Puerto Parra	4	1	1	0	0	6	0,3%	65,5
Malaga	5	1	0	0	0	6	0,3%	24,6
Rionegro	3	0	3	0	0	6	0,3%	22,3
Los Santos	4	1	0	0	0	5	0,3%	29,0
Betulia	3	1	0	0	0	4	0,2%	58,1
Bolivar	3	0	1	0	0	4	0,2%	34,6
Concepcion	3	1	0	0	0	4	0,2%	65,5
Oiba	3	0	0	0	0	3	0,2%	25,8
Villanueva	4	0	0	0	0	4	0,2%	43,4
Santa Helena del Opon	3	0	0	0	0	3	0,2%	86,3
Encino	0	2	0	0	1	3	0,2%	102,5

Gambita	2	0	0	0	0	2	0,1%	48,5
Guapota	2	0	0	0	0	2	0,1%	75,0
La Belleza	2	0	0	0	0	2	0,1%	31,5
Socorro	1	0	1	0	1	3	0,2%	8,1
Valle de San Jose	2	0	0	0	0	2	0,1%	27,8
Barichara	1	0	0	0	0	1	0,1%	7,6
Capitanejo	1	0	0	0	0	1	0,1%	15,8
Contratacion	0	0	1	0	0	1	0,1%	23,5
Charta	0	0	1	0	0	1	0,1%	30,1
Curiti	1	0	0	0	0	1	0,1%	6,8
El Guacamayo	1	0	0	0	0	1	0,1%	45,1
El Penon	0	1	0	0	0	1	0,1%	18,8
Florian	1	0	0	0	0	1	0,1%	17,5
Guavata	0	1	0	0	0	1	0,1%	23,2
La Paz	1	0	0	0	0	1	0,1%	19,7
Matanza	1	0	0	0	0	1	0,1%	17,5
Ocamonte	0	0	1	0	0	1	0,1%	15,1
Puente Nacional	0	0	1	0	0	1	0,1%	6,5
San Jose de Miranda	1	0	0	0	0	1	0,1%	22,5
Simacota	1	0	0	0	0	1	0,1%	8,5
Surata	0	0	1	0	0	1	0,1%	21,9
Santander	**1146**	**123**	**478**	**1**	**10**	**1758**	**100%**	**72,9**

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

El análisis de los indicadores de confirmación y hospitalización a semana 12 según el municipio de notificación de los casos de dengue con signos de alarma y dengue grave para Santander registra, que sólo el 80,7% de los casos con signos de alarma y el 45,5% de los casos de dengue grave han sido confirmados mediante pruebas de laboratorio o nexo epidemiológico. Para el indicador de hospitalización el 77,2% de los casos con signos de alarma y el 81,8% de los casos de dengue grave se han hospitalizado.

Porcentaje de confirmación-hospitalización, municipio de notificación. Santander, S.E.1-12, 2026

Municipio Notificador	Casos (n)		Confirmación (%)		Hospitalización (%)	
	Con signos de alarma	Grave	Con signos de alarma	Grave	Con signos de alarma	Grave
Bucaramanga	280	6	81,8%	50,0%	81,4%	100,0%
Barrancabermeja	130	2	94,6%	100,0%	90,0%	100,0%
Floridablanca	57	0	93,0%		93,0%	
Piedecuesta	67	1	68,7%	0,0%	71,6%	100,0%
Cimitarra	16	1	50,0%	0,0%	62,5%	0,0%
San Gil	11	0	100,0%		100,0%	
Giron	5	1	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sabana de Torres	18	0	33,3%		0,0%	
Velez	7	0	57,1%		71,4%	

El Playon	5	0	60,0%	80,0%
San Vicente de Chucuri	10	0	100,0%	20,0%
Puerto Wilches	4	0	100,0%	100,0%
Barbosa	1	0	0,0%	100,0%
Lebrija	3	0	66,7%	0,0%
El Carmen de Chucuri	1	0	0,0%	0,0%
Encino	1	0	0,0%	100,0%
El Penon	1	0	0,0%	0,0%
Concepcion	1	0	0,0%	0,0%
Malaga	1	0	0,0%	0,0%
Landazuri	1	0	100,0%	0,0%
Guavata	1	0	0,0%	100,0%
Aratoca	4	0	100,0%	0,0%
Mogotes	2	0	50,0%	100,0%
Chipata	3	0	0,0%	0,0%
Socorro	2	0	100,0%	100,0%
Zapatoca	1	0	0,0%	0,0%
Betulia	1	0	0,0%	100,0%
Los Santos	1	0	0,0%	100,0%
Puente Nacional	1	0	100,0%	0,0%
Contratacion	1	0	100,0%	100,0%

Santander	**637**	**11**	**80,7%**	**45,5%**	**77,2%**	**81,8%**

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.3.1.2 Mortalidad por Dengue

A semana epidemiológica 12, se ha notificado cinco (5) mortalidad probable por Dengue, procedente del municipio de Bucaramanga (1), Girón (2), Cimitarra (1) y Encino (1). Los 5 casos se encuentran en estudio.

2.3.1.3 Chikungunya

Hasta semana epidemiológica 12, se han notificado al SIVIGILA tres (3) casos sospechosos de Chikunguña, procedentes del municipio de Floridablanca, Piedecuesta y Santa Helena del Opón.

2.3.1.4 Zika

Hasta la semana epidemiológica 12, no se han notificado al SIVIGILA.

2.3.2 Malaria

Hasta la semana epidemiológica 12, se han notificado al SIVIGILA cuatro (4) casos de Malaria con procedencia Santander. La especie infectante en el 100% de los casos corresponde a *Plasmodium vivax.*

Malaria por municipio de procedencia. Santander, S.E. 1-12, 2026

Municipio Procedencia	Casos	%
Bucaramanga	1	25,0%
Cimitarra	1	25,0%
Piedecuesta	1	25,0%
Sucre	1	25,0%
Santander	**4**	**100%**

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

A semana epidemiológica 12, en el departamento de Santander se han notificado 25 casos de Malaria, entre los cuales la oportunidad de diagnóstico, menor a 2 días, se registra para el departamento sólo en el 20,0% de los casos; y la oportunidad de tratamiento, menor a 24 horas, para el departamento se encuentra en el 52,0% de los casos. En cuanto a la hospitalización de malaria complicada para el departamento de Santander, se registra en el 100,0% de los 4 casos notificados.

Indicadores Malaria por Municipio de Notificación. Santander, S.E.1-12, 2026

Municipio Notificador	Casos	%Oportunidad Diagnóstico	%Oportunidad Tratamiento	Malaria Complicada	No. Casos Hospitalizados	% Hospitalización
Barrancabermeja	13	15,4%	69,2%	3	3	100%
Bucaramanga	4	50,0%	25,0%	1	1	100%
Floridablanca	3	0,0%	66,7%			
Piedecuesta	3	33,3%	33,3%			
Cimitarra	1	0,0%	0,0%			
Simacota	1	0,0%	0,0%			
Santander	**25**	**20,0%**	**52,0%**	**4**	**4**	**100%**

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.3.3 Fiebre Amarilla

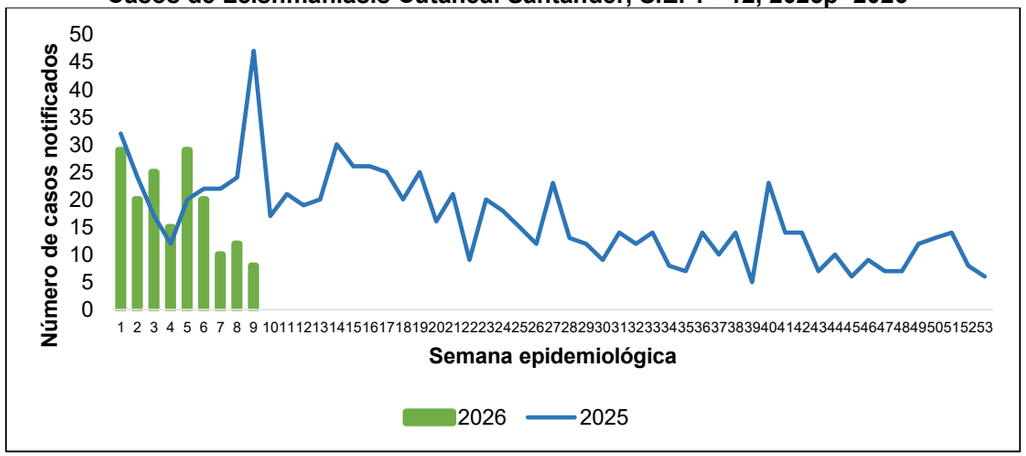
Hasta la semana epidemiológica 12, se han notificado al SIVIGILA **4** casos probables de Fiebre Amarilla con procedencia Santander, de los municipios de Rionegro (1), San Gil (2) y Barrancabermeja (1), los cuales se encuentran descartados.

2.3.4 Leishmaniasis

2.3.4.1 Leishmaniasis cutánea

Hasta la **semana epidemiológica 12** se han registrado al SIVIGILA **168** casos de Leishmaniasis Cutánea, en comparación con el año anterior a corte de la misma semana se registraron 277 casos presentando un **decremento significativo** de **-39%** para este año.

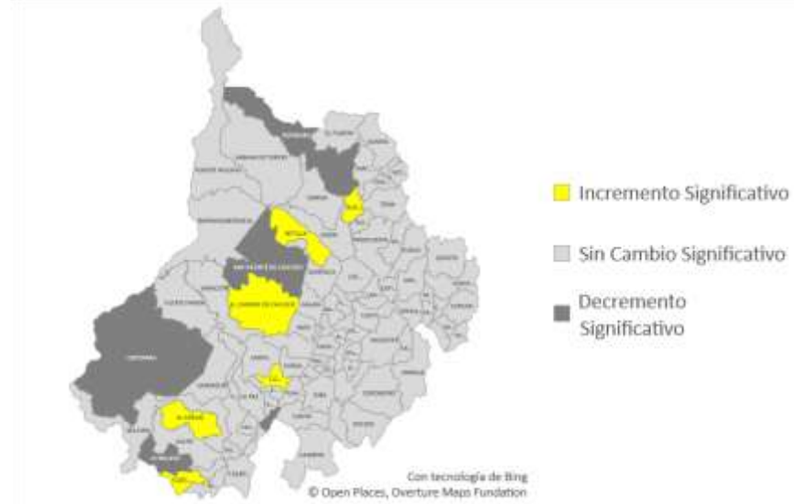
Casos de Leishmaniasis Cutánea. Santander, S.E. 1 - 12, 2025p- 2026



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Según las características sociodemográficas **56%** de los casos se presentaron en el **sexo masculino**, **91,1%** ocurrieron en **Centros poblados y Rural disperso** y **79,8%** registraron régimen de seguridad social **subsidiado**.

Comportamientos inusuales Leishmaniasis cutánea, Santander. SE 1-12, 2026.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Según el análisis de comportamientos inusuales, **seis municipios** del departamento registran un **incremento significativo** de casos de Leishmaniasis cutánea, en comparación con el comportamiento histórico de los últimos cinco años (**Bucaramanga**, **Betulia**, **Contratación**, **El Carmen de Chucurí**, **El Peñón** y **Florián).** Por el contrario, **cinco municipios** registran **decremento significativo (Cimitarra, La Belleza, Rionegro, San Benito** y **San Vicente de Chucurí). Los 76 municipios** restantes **no presentan cambios significativos** en el comportamiento. **El Departamento de Santander** registra **un decremento significativo** para este evento**.**

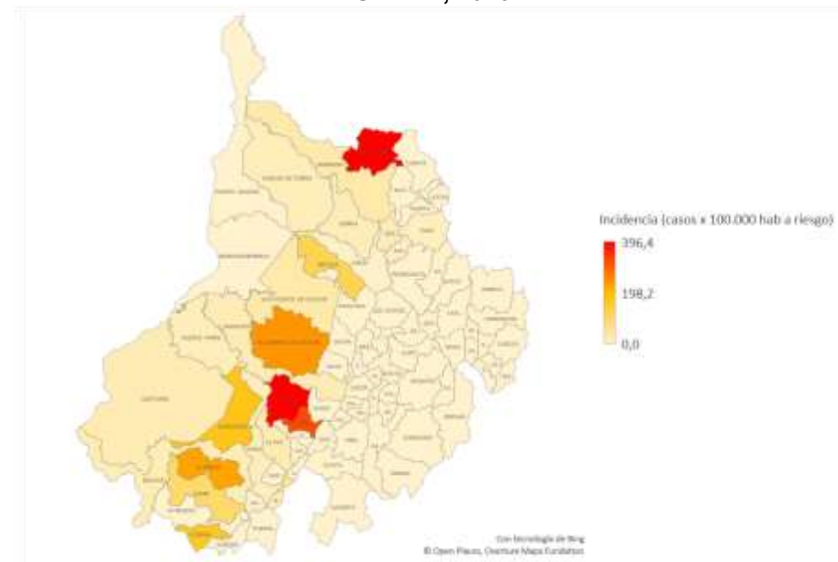
Características sociodemográficas de Leishmaniasis Cutánea. Santander, SE 1-12, 2026.

Variable		N° de casos	%	Incidencia
Sexo	Femenino	74	44,0%	20,6
	Masculino	94	56,0%	26,1
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	15	8,9%	0,8
	Centro poblado y Rural disperso	153	91,1%	27,6
Tipo de Seguridad Social	Subsidiado	134	79,8%	11,6
	Contributivo	28	16,7%	2,5
	Excepción y Especiales	5	3,0%	6,9
	Indeterminado	0	0,0%	
	No asegurado	1	0,6%	
Curso de vida / Grupos de edad	Primera infancia 0 a 5 años	17	10,1%	55,0
	Infancia 6 a 11 años	21	12,5%	58,1
	Adolescencia 12 a 17 años	30	17,9%	77,9
	Juventud 18 a 28 años	34	20,2%	51,7
	Adultez 29 a 59 años	55	32,7%	35,7
	Vejez Mayores de 60 años	11	6,5%	17,9
TOTAL		168	100%	43,4

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Los municipios con mayor proporción de casos notificados son **El Carmen de Chucurí 29,2% (49 casos)**, **El Playón 16,1% (27 casos)** y **Landázuri 7,1% (12 casos)**

Incidencia de Leishmaniasis Cutánea por municipio de Procedencia. Santander, SE 1-12, 2026.



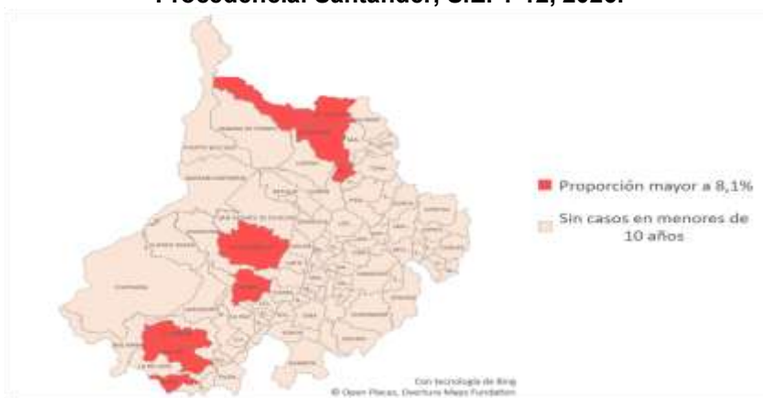
Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

El municipio de **Santa Helena del Opón** registra la mayor incidencia con **396,4 casos por cada 100.000 habitantes a riesgo**, seguido de **El Playón** con **396 casos por cada 100.000** habitantes a riesgo y **Contratación** con **320,9 casos por cada 100.000 habitantes a riesgo**.

El departamento de **Santander** registra una incidencia de **46,7 casos por cada 100.000 habitantes a riesgo.**

La mayor incidencia de **Leishmaniasis cutánea en menores de 10 años** se registra en el municipio de **Florián** con **95,3 casos por cada 100 000 habitantes** a riesgo, seguido del municipio de **El Peñón** con **90,8 casos por cada 100.000 habitantes a riesgo**. El **departamento** registra una **incidencia** de **Leishmaniasis cutánea** en **menores de 10 años** de **8 casos por cada 100 000 habitantes** a riesgo.
Se resalta que el departamento de **Santander** tiene una **proporción de casos de Leishmaniasis cutánea en menores de 10 años** de **18,5%** (31 casos) para el año 2026, encontrándose por encima de la **meta del PDSP (reducir a 8,1%),** de igual forma los municipios de **Bucaramanga**, **El Carmen de Chucurí, El Peñón, El Playón, Florián, Rionegro, Santa Helena del Opón** y **Sucre** se encuentran por encima de este valor.

Proporción de casos Leishmaniasis Cutánea en Menores de 10 años por municipio de Procedencia. Santander, S.E. 1-12, 2026.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.3.4.2 Leishmaniasis mucosa

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2026 no se notificaron casos de Leishmaniasis mucosa procedentes del departamento. El año anterior a corte de la misma semana se registraron tres casos, mostrando un **decremento significativo en la notificación del evento.**

2.3.4.3 Leishmaniasis visceral

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2026 no se notificaron casos de Leishmaniasis visceral procedentes del departamento. El año anterior a corte de la misma semana no se registraron casos, mostrando un **comportamiento sin cambio significativo.**

2.3.5 Chagas

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2026 se notificaron al SIVIGILA **49** casos de **Enfermedad de Chagas.** Para el año 2025 a la misma semana epidemiológica se notificaron 57 casos, por lo que se observa un **decremento significativo en la notificación del evento.**

El **86%** de los casos del presente año corresponde a **casos crónicos (42 casos)** y **14%** a casos de **Chagas Agudo (7 casos).**

2.3.5.1 Chagas Agudo

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2026 se notificaron **siete casos** de **Chagas Agudo** procedentes de Santander**. Los siete casos se encuentran probables.**

Comportamientos inusuales Chagas Agudo. Santander, S.E. 1-12, 2026

Chagas Agudo Confirmado	Esperado SE 12	Observado SE 12	Comportamiento	Variación
	1	0	Sin Cambio Significativo	-100%

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

El análisis de comportamientos inusuales **no registra cambio significativo** en la notificación de **Chagas Agudo** para el **Departamento de Santander**.

Casos de Chagas Agudo por vía de transmisión y Clasificación. Santander, SE 1-12, 2026.

Vía de transmisión	Casos			Proporción de casos con pruebas parasitológicas	Letalidad por Chagas agudo
	Probables	Confirmados	Total		
Vectorial	2	0	2	0%	0%
Oral	0	0	0		
Transfusional	0	0	0		
Trasplante	0	0	0		
Accidentes de laboratorio	0	0	0		
Congénito	5	0	5	100%	
Total	7	0	7	100%	

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

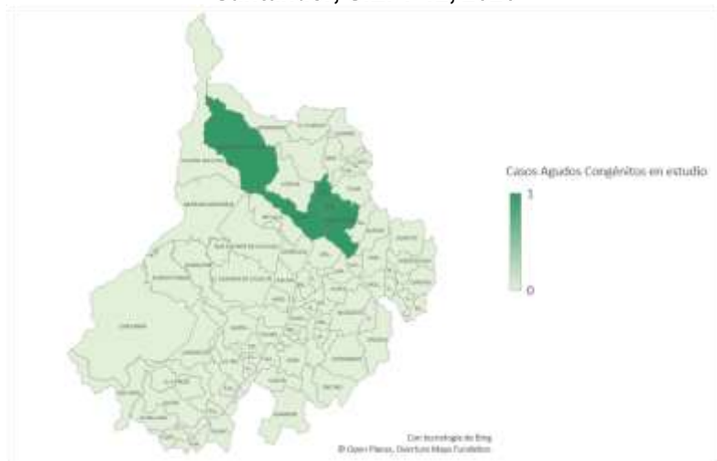
Para la semana epidemiológica 12 se notificaron dos casos agudos de probable transmisión vectorial, actualmente en estudio: **Un caso probable** por reactivación con procedencia **Floridablanca**, se encuentra pendiente por toma de muestras y **un caso probable** con procedencia **Galán**, notificado por UPGD del departamento de Cundinamarca que se encuentra pendiente por toma de muestras.

Se descartó **un caso agudo probable por transmisión vectorial**, procedente del municipio de **Floridablanca**, con pruebas moleculares negativas.

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2026 **no se registran mortalidades por Chagas Agudo** en el Departamento de Santander.

Se notificaron **cinco casos** de **Chagas Agudo probables congénitos** con procedencia **Bucaramanga (1), Floridablanca (1)** , **Girón (1), Piedecuesta (1)** y **Sabana de torres (1).**

Casos de Chagas congénito en estudio por municipio de procedencia. Santander, S.E. 1-12, 2026



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.3.5.2 Chagas Crónico

Hasta la semana epidemiológica 12 se notificaron **42 casos** de **Chagas crónico,** de los cuales el **64%** corresponde a **casos confirmados (27 casos)** y el **36%** a **casos probables (15 casos).**

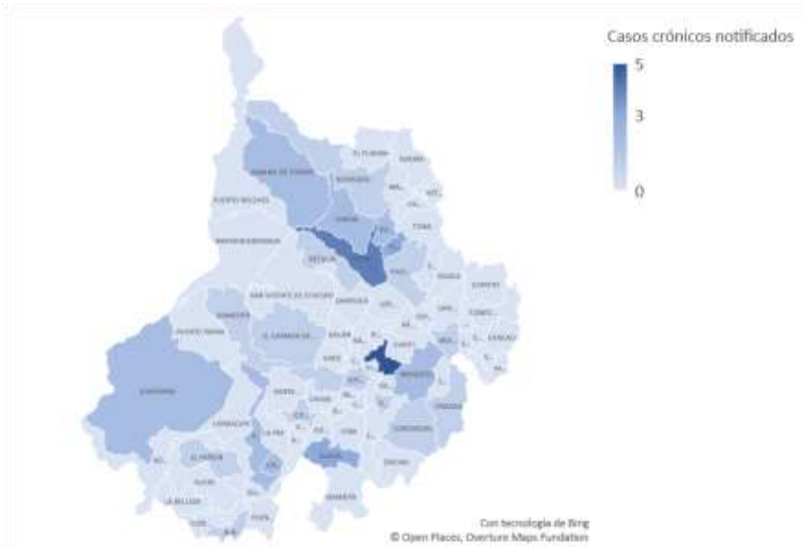
Características sociodemográficas de Chagas crónico. Santander, SE 1-12, 2026.

Variables		Casos	Proporción de Incidencia	%
Sexo	Masculino	14	1,2	33,3%
	Femenino	28	2,3	66,7%
Área	Urbano	26	1,4	61,9%
	Centro poblado y Rural disperso	16	2,9	38,1%
Tipo de Seguridad Social	Subsidiado	26	2,2	61,9%
	Contributivo	13	1,2	31,0%
	Excepción y Especiales	2	2,7	4,8%
	Indeterminado	1		2,4%
	No asegurado	0		0,0%
Poblaciones especiales	Gestantes	7		16,7%
	Mujeres en edad fértil	8	1,3	19,0%
	Menores de 18 años	1	0,2	2,4%
	Indígenas	0	0,0	0,0%
	Otros	26		61,9%
Total		42	1,7	100,0%

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Chagas crónico notificados por municipio de procedencia, Santander.

S.E. 1-12, 2026.

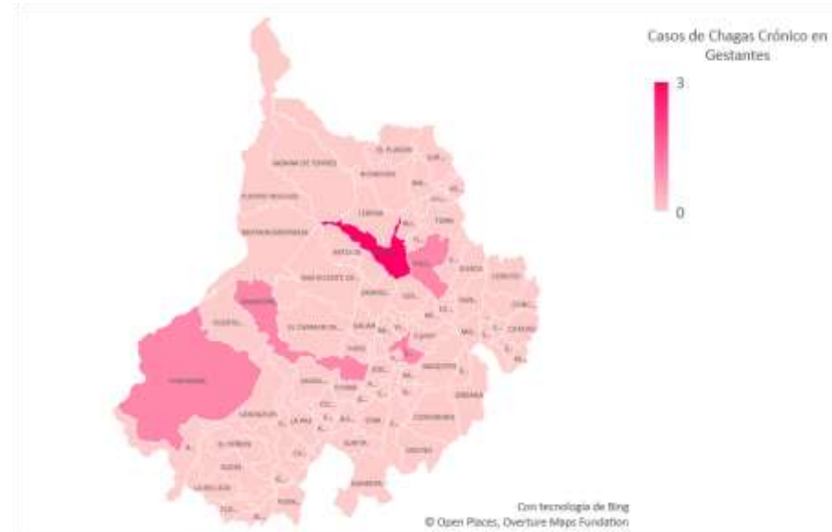


Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Los municipios con mayor número de casos crónicos notificados son **San Gil (5 casos)** y **Girón (4 casos)**.

Chagas crónico en Gestantes por municipio de procedencia, Santander.

S.E. 1-11, 2026.



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Los **siete** casos de **Chagas crónico en gestantes** proceden de los municipios de **Girón (tres casos), Cimitarra (un caso), Piedecuesta (un caso), San Gil (un caso)** y **Simacota (un caso).**

De los siete casos crónicos en gestantes, **dos casos** se encuentran **confirmados** y **cinco casos de probables.** Se recuerda que los hijos de gestantes positivas para Chagas (tanto probables y confirmadas) deben quedar en seguimiento desde el momento del nacimiento y hasta los 10 meses de edad.

Casos de Chagas crónico en gestantes por periodo de gestación y clasificación, Santander. SE 1-12, 2026.

Periodo de Gestación	Total Casos	Confirmados	Probables (Segunda prueba pendiente - ELISA Ag recombinantes)
Trimestre I	0	0	0
Trimestre II	2	1	1
Trimestre III	3	1	2
Embarazo a término y Post parto	2	0	2
Total	7	2	5

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.4 FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE

2.4.1 Intoxicaciones por Sustancias Químicas

A semana epidemiológica 12 de 2026 se han notificado al SIVIGILA 174 casos de intoxicaciones por sustancias químicas (10 casos en la última semana); en el mismo periodo epidemiológico de 2025 se notificaron 150 casos. Semanalmente el número de casos notificados se ajusta debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato., se realiza cruce de base de datos con intento de suicidio y se procede a descartar casos que no cumplen con definición de caso.

Comportamiento de intoxicaciones, Santander, SE 01- 12 2025-2026

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

El departamento de Santander presenta una incidencia de intoxicaciones de 2,78 casos x 100.000 hab, los municipios con mayor incidencia son: Tona 223,63 x 100.000 hab

Incidencia y proporción de casos de Intoxicaciones por municipio a SE 12 de 2025

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander 2026

De los grupos de sustancias, el que más registra casos notificados en el departamento de Santander es el grupo de plaguicidas con516 casos (31%), seguido por medicamentos 54 casos (30%); Los municipios que más reportan casos de intoxicaciones son Bucaramanga con 24,71%, y Tona (9,77%)

Casos de Intoxicaciones según grupo y Municipio de Procedencia. Santander, SE 01-12, 2026

Municipios	GRUPO DE SUSTANCIA								Casos	%
	Medicamentos	Plaguicidas	Metanol	Metales pesados	Solventes	Otras	Gases	Psicoactivas		
Bucaramanga	18	6	0	0	3	6	0	10	43	24,71%
Tona	0	17	0	0	0	0	0	0	17	9,77%
Floridablanca	5	2	1	0	2	2	0	0	12	6,90%
San Gil	9	1	0	0	0	0	1	1	12	6,90%
Barrancabermeja	2	3	0	0	0	4	2	0	11	6,32%
Giron	4	1	0	0	2	3	0	0	10	5,75%
Piedecuesta	3	1	0	0	1	2	0	1	8	4,60%
Sabana de Torres	2	1	0	0	1	1	0	2	7	4,02%
Puerto Wilches	0	3	0	0	1	0	0	1	5	2,87%
Los Santos	0	3	0	0	0	1	0	0	4	2,30%
Otros municipios	11	13	0	0	2	8	4	7	45	25,86%
Santander	**54**	**51**	**1**	**0**	**12**	**27**	**7**	**22**	**174**	**100%**

Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

El 54,60% de los casos se presentaron en el sexo Masculino el 78,16% de los casos se presentaron en cabecera municipal y el 54,60% de los casos pertenecen al régimen subsidiado. La condición final es vivo en un 100%.

Características sociodemográficas de los casos de intoxicaciones, Santander, SE 01-12 2026

Variables		N° casos	%	Incidencia* 100.000 hab
Sexo	Masculino	95	54,60%	8,03
	Femenino	79	45,40%	6,44
Área	Cabecera m/pal	136	78,16%	7,29
	Centro poblado y Rural disperso	38	21,84%	7,18
Condición Final	Vivo	174	100,00%	7,22
	Muerto	0	0,00%	0,00
Tipo SS	Subsidiado	95	54,60%	8,19
	Contributivo	65	37,36%	5,91
	Excepción y Especial	9	5,17%	12,33
	Indeterminado	3	1,72%	SD
	Especial	2	1,15%	SD
Total		**174**		7,22

Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

Los tipos de exposición más frecuentes en los casos de intoxicaciones notificados al sistema de vigilancia a semana epidemiológica 12 corresponden a accidental con el 63.32%, seguido de Intencional psicoactiva con 46,37%, Automedicación 9,77%

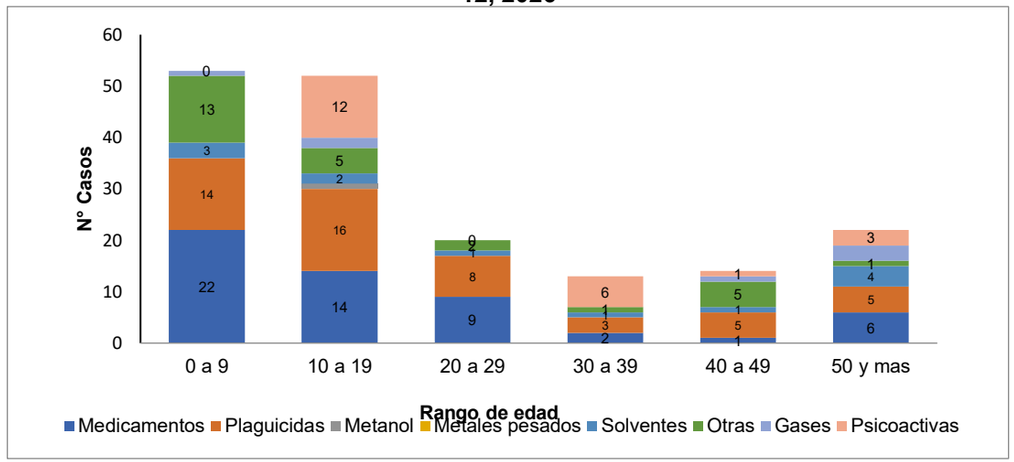
Casos de Intoxicaciones según grupo y tipo de exposición, Santander, SE 01- 12 de 2026

Tipo de Exposición	GRUPO DE SUSTANCIA								Casos	%
	Medicamentos	Plaguicidas	Metanol	Metales pesados	Solventes	Otras	Gases	Psicoactivas		
Accidental	27	46	0	0	10	19	7	1	110	63,22%
Intencional Psicoactiva	5	0	0	0	2	2	0	16	25	14,37%
Automedicacion	17	0	0	0	0	0	0	0	17	9,77%
Desconocida	4	1	1	0	0	2	0	3	11	6,32%
Ocupacional	0	4	0	0	0	4	0	0	8	4,60%
Posible delictivo	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1,15%
Posible homicida	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,57%
Suicidio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Santander	**54**	**51**	**1**	**0**	**12**	**27**	**7**	**22**	**174**	

Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

El mayor número de casos se presenta en el rango de edad de 10 a 19 años con 33,56%, seguido por el rango de mayores de 0 -9 años con el 26,85 %. Los grupos de sustancias químicas más frecuentes en dichos rangos fueron medicamentos y sustancias psicoactivas

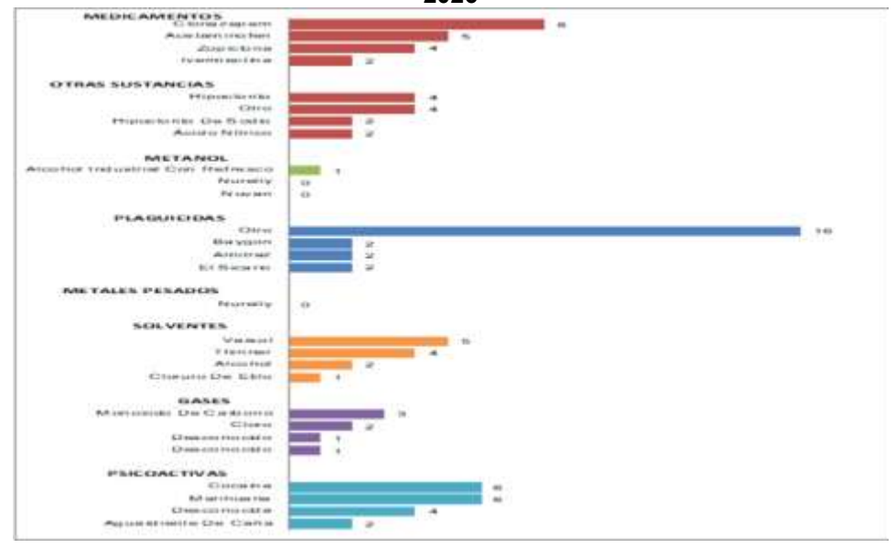
Casos de intoxicaciones por grupo de sustancias y rango de edad, Santander, SE 01-12, 2026



Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

El grupo de sustancias en donde mas se a presentado casos es en plaguicidas seguido de medicamentos (Clonazepam), seguido en sustancias psicoactivas (marihuana cocaína)

Casos de Intoxicaciones según producto tóxico más frecuente, Santander, SE 01- 12–2026



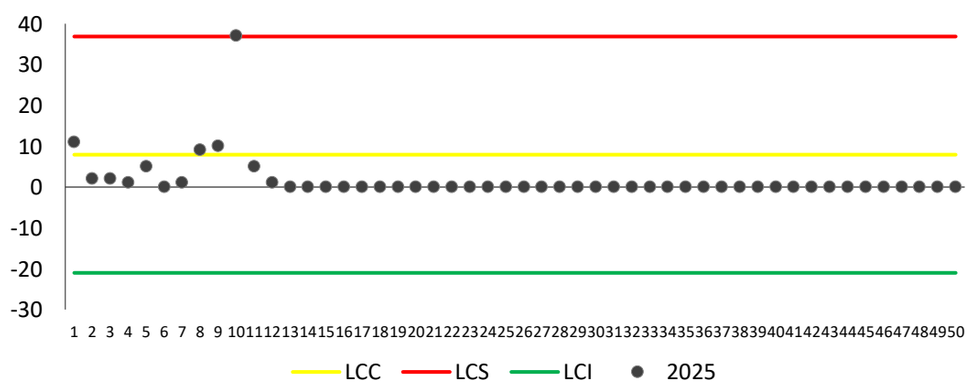
Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.4 FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE

2.4.2 Enfermedades trasmitidas por alimentos (ETAS)

En semana epidemiológica 12 de 2026, se notificaron 1 caso Sivigila llevando a esta semana 84 notificaciones se realiza depuración de la base y revisión de la calidad del dato, En el año 2025 a esta semana epidemiológica se notificaron 92 casos.

Gráfico de control de enfermedades transmitidas por alimentos, Santander, semanas epidemiológicas1- 12- 2026



Fuente, Sivigila, Secretaria de Salud de Santander, 2026

Por procedencia el Municipio de Girón tiene el 39,29 % de los casos del Departamento.

Casos notificados de enfermedades transmitidas por alimentos por entidad territorial de procedencia, Santander, semanas epidemiológicas 1-12 2026

Municipio	Casos	%
Giron	33	39,29%
Bucaramanga	13	15,48%
Landazuri	10	11,90%
Piedecuesta	7	8,33%
Paramo	4	4,76%
San Gil	4	4,76%
Floridablanca	3	3,57%
San Vicente de Chucuri	3	3,57%
Lebrija	2	2,38%
California	1	1,19%
Otros municipios	4	4,76%
Santander	**84**	**100%**

Fuente, Sivigila, Secretaria de Salud de Santander, 2026

En la siguiente tabla, se puede observar el comportamiento sociodemográfico del evento a semana 12 del año 2026 de enfermedades transmitidas por alimentos.

Comportamiento demográfico y social de los casos de enfermedades transmitidas por alimentos, Santander, semanas epidemiológicas 1-12-2026

Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	57	67,86%
	Femenino	27	32,14%
Área	Cabecera m/pal	68	80,95%
	Rural Disperso	16	19,05%
	Centro Poblado	0	0,00%
Condicion Final	Vivo	84	100,00%
	Muerto	0	0,00%
	No sabe	0	0,00%
Tipo SS	Excepcion	37	44,05%
	Subsidiado	28	33,33%
	Contributivo	19	22,62%
	Especial	0	0,00%
	No asegurado	0	0,00%
	Indeterminado	0	0,00%
Rango de edad	< 1 año	1	1,19%
	1-9	6	7,14%
	10-19	10	11,90%
	20-29	21	25,00%
	30-39	26	30,95%
	40-49	8	9,52%
	50-59	3	3,57%
	>60	9	10,71%
Total		**84**	

Fuente, Sivigila, Secretaria de Salud de Santander, 2026

Brotes

A la semana epidemiológica 12 de 2026 se han notificado al Sivigila brotes.

Fecha.	Municipio	N de casos	Brote
09-03-2025	Piedecuesta	3	1
22-02-2026	Paramo	4	1
12-03-2026	Girón	37	1
20-03-2026	San gil	4	1
TOTAL		**48**	**4**

El municipio de Landázuri en semana epidemiológica 1 presento brote de etas, se brindo indicación, pero por falta de contratación d personal no realizan envió de informes.

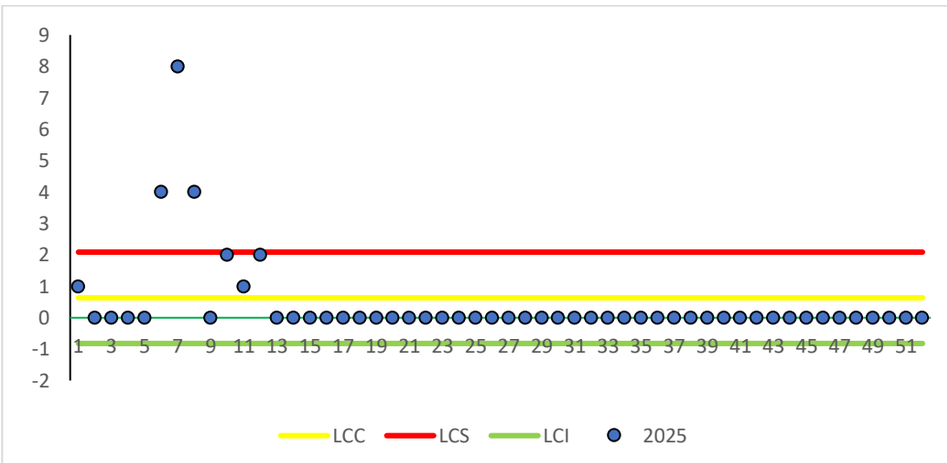
2.4.3 Hepatitis A

En semana epidemiológica 11 de 2026, no se notificaron casos a Sivigila de hepatitis A , se realiza revisión y seguimiento de base de datos individuales y de laboratorios de Sivigila

Está reportado 22 casos, con depuración de duplicados; En el año 2025 a esta semana epidemiológica se habían notificado 56 casos .

Se concentran casos en el municipio de Floridablanca, barrio La Cumbre

Casos notificados de HEPATITIS A, Santander, Semanas epidemiológicas 1- 12 2026



Fuente, Sivigila, Secretaria de Salud de Santander, 2026

Casos notificados de Hepatitis A por entidad territorial de procedencia, Santander, semanas epidemiológicas 1- 12 2026

Condición Final		N° casos	%
Sexo	Femenino	13	59,09%
	Masculino	9	40,91%
Área	Cabecera m/pal	21	95,45%
	Rural Disperso	1	4,55%
	Centro Poblado	0	0,00%
Condición Final	Vivo	22	100,00%
	Muerto	0	0,00%
	Muerto	0	0,00%
Tipo SS	Contributivo	14	63,64%
	Subsidiado	8	36,36%
	Excepción	0	0,00%
	Especial	0	0,00%
	No asegurado	0	0,00%
	Indeterminado	0	0,00%
Rango de edad	< 1 año	0	0,00%
	1-4	0	0,00%
	5-9	0	0,00%

	10-14	1	4,55%
	15-19	4	18,18%
	20-29	12	54,55%
	30-39	3	13,64%
	40-49	1	4,55%
	50-59	0	0,00%
	60-69	1	4,55%
	70 y mas	0	0,00%
Total		**22**	

Fuente, Sivigila, Secretaria de Salud de Santander, 2026

2.4.4 Fiebre tifoidea y paratifoidea

A semana epidemiológica 12 de 2026 se ha notifico un caso de fiebre tifoidea.

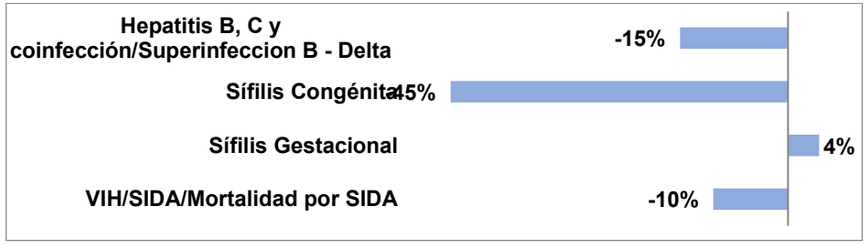
2.4.5 Cólera

A semana epidemiológico 12 2026 no se ha notificado caso de Cólera en el departamento de Santander.

2.5 INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

A semana epidemiológica 12 de 2026 se evidencia una disminución en la presencia de casos de los casos de Hepatitis B, C, Sífilis Congénita y VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA con relación al año 2025. Y un aumento en la notificación de casos de sífilis Gestacional (Ver gráfica).

Incremento-Decremento. Grupo Infecciones de Transmisión Sexual. Santander. SE 01-12 año 2026.



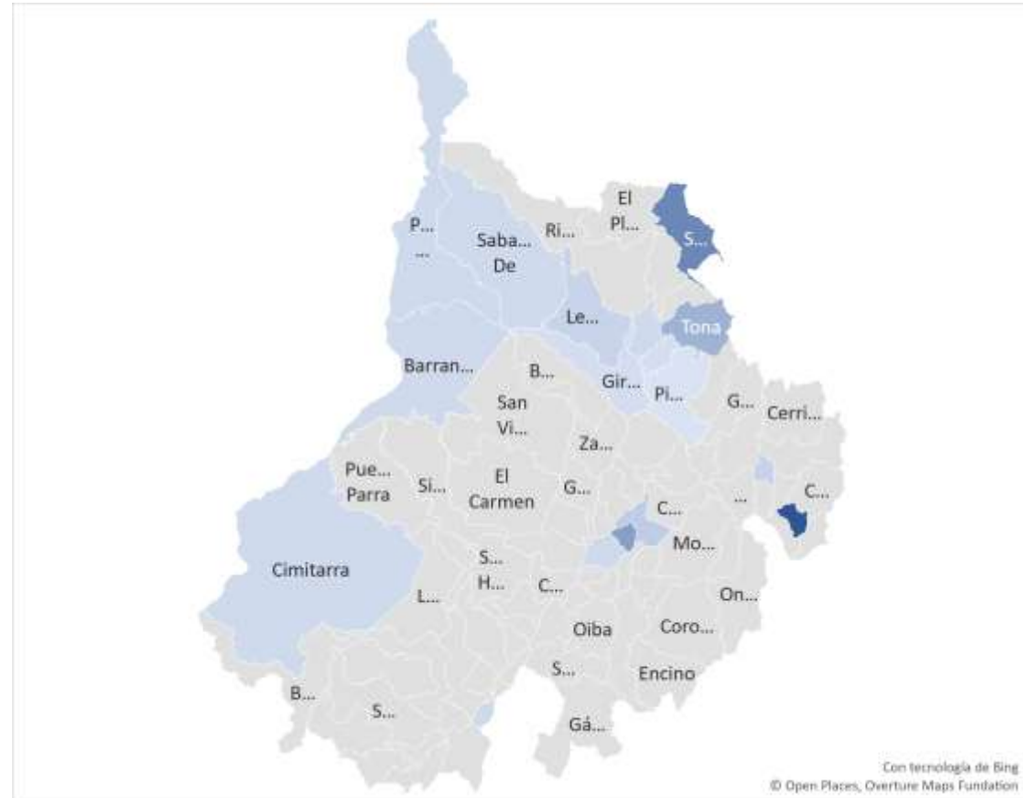
Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

2.5.1 Hepatitis B, C y coinfección/Superinfeccion B-Delta

El municipio de Tona presenta la mayor incidencia del departamento con un 12,6 caso por cada 100.000 habitantes. Seguido del municipio de San Gil reportando una incidencia de 6,9 casos por cada 100.000 habitantes.

Por cada 100.000 habitantes, se notificaron al Sivigila 2 casos de hepatitis B. El 68,00% de los casos notificados como hepatitis B se clasificaron como hepatitis B aguda o crónica. Por cada 100.000 habitantes, se notificaron al Sivigila 0,33 casos de hepatitis C. El 100,00% de los casos notificados como hepatitis C fueron confirmados.

Proporción de incidencia de casos notificados de hepatitis B, C y coinfección/Superinfeccion B-Delta. Santander. SE 01-12 año 2026.



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

En lo corrido del año 2026, a semana epidemiológica 12 se han notificado al Sivigila 47 casos, de los cuales 39 casos corresponden a Hepatitis B.

Casos Hepatitis B, C y coinfección/Superinfeccion B-Delta notificados por entidad territorial de procedencia, Santander. SE 01-12 año 2026.

Municipio	Casos	A Clasificar	Hepatitis B Agudo	Hepatitis B crónica	Hepatitis C	%	Incidencia
Tona	1	1	0	0	0	2,13%	12,6
San Gil	4	1	0	2	1	8,51%	6,5
Malaga	1	0	0	1	0	2,13%	4,5
Lebrija	2	0	1	1	0	4,26%	4,4
Barbosa	1	0	1	0	0	2,13%	3
Bucaramanga	18	8	0	5	5	38,30%	2,9
Cimitarra	1	1	0	0	0	2,13%	2,8
Puerto Wilches	1	1	0	0	0	2,13%	2,8
Barrancabermeja	5	2	0	3	0	10,64%	2,3
Giron	3	0	1	2	0	6,38%	1,7
Floridablanca	5	1	0	2	2	10,64%	1,6
Piedecuesta	1	0	0	1	0	2,13%	0,5
Otros municipios	4	0	2	2	0	12,77%	
Santander	**47**	**15**	**5**	**19**	**8**	**100%**	2

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Según el comportamiento demográfico y social el 51,06% de los casos pertenecen al sexo masculino; el 77,72% se registra en cabecera municipal. El 55,32% pertenece al régimen subsidiado.

Entre 60 – 69 notificaron el 31,91% de los casos. Entre 50 – 59 años notificaron el 19,15% de los casos. Entre 30 – 39 años notificaron el 12,77% de los casos. Entre 70 años y mas notificaron 12,77% de los casos. Los grupos entre 40 – 49 notificaron el 10,64% de los casos. Los grupos entre 20 – 29 notificaron el 10,64% de los casos. Entre 15 – 19 años notificaron el 2,13% de los casos.

Comportamiento demográfico y social de los casos de Hepatitis B, C y coinfección/Superinfeccion B-Delta notificados por entidad territorial de procedencia, Santander. SE 01-12 año 2026.

Variables		N° casos	%	Proporción de Incidencia
Sexo	Masculino	24	51,06%	1,96
	Femenino	23	48,94%	1,94
Área	Cabecera m/pal	37	78,72%	1,99
	Centro poblado y rural disperso	9	19,15%	1,62
Condicion Final	Vivo	47	100,00%	
Tipo SS	Subsidiado	26	55,32%	2,34
	Contributivo	17	36,17%	1,47
	Excepcion	3	6,38%	4,12
	No asegurado	1	2,13%	
Rango de edad	15-19	1	2,13%	0,55
	20-29	5	10,64%	1,31
	30-39	6	12,77%	1,62
	40-49	5	10,64%	1,58
	50-59	9	19,15%	3,34
	60-69	15	31,91%	7,06
	70 y mas	6	12,77%	3,26
Total	**47**			

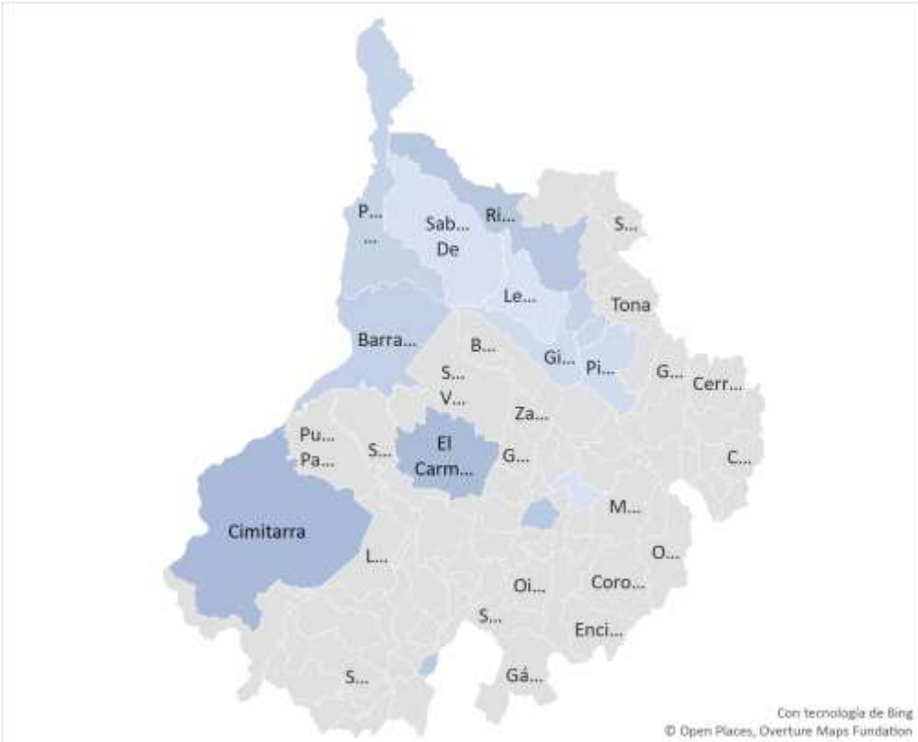
Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

2.5.2 Sífilis Gestacional

A semana epidemiológica 12 de 2026 se han reportado un total de 124 casos de sífilis gestacional. La prevalencia de este evento a semana 12 es de 6,71 casos de Sífilis en

gestantes por 1000 nacidos vivos más mortinatos. El municipio que presenta una mayor razón de prevalencia es el municipio de Cimitarra con un 20,69 caso por cada 1000 nacidos vivos + mortinatos.

Prevalencia de Sífilis Gestacional. Santander, SE 01-12 año 2026.



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Los municipios que notificaron el mayor número de casos de Sífilis Gestacional fueron Bucaramanga 43 casos, Barrancabermeja 25 casos y Floridablanca 15 casos.

Comportamiento por municipio de residencia de casos Sífilis Gestacional, Santander. SE 01-12 año 2026.

Municipio	Casos	%	Prev X1000 NAC Vivos + Mortinatos
Cimitarra	6	4,84%	20,69
Rionegro	3	2,42%	14,15
Socorro	4	3,23%	13,94
Barbosa	3	2,42%	12,61
Barrancabermeja	25	20,16%	10,53
Puerto Wilches	3	2,42%	9,52
Bucaramanga	43	34,68%	9
Floridablanca	15	12,10%	6,64
Giron	8	6,45%	5
Piedecuesta	8	6,45%	4,97
Otros municipios	6	4,84%	
Santander	**124**	**100%**	6,71

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Según el comportamiento demográfico y social el 82,26% se registra en cabecera municipal. El 63,71% pertenece al régimen subsidiado. El grupo de edad entre 20 – 29 años notificaron el 62,10% de los casos. Entre 30 y 39 años notificaron el 18,55% de los casos. Entre 15 y 19 años notificaron el 17,74% de los casos. Entre 10 – 14 años y entre 40 – 49 años notificaron el 0,81% de los casos respectivamente.

Comportamiento demográfico y social de los casos confirmados de sífilis Gestacional. Santander. SE 01-12 año 2026.

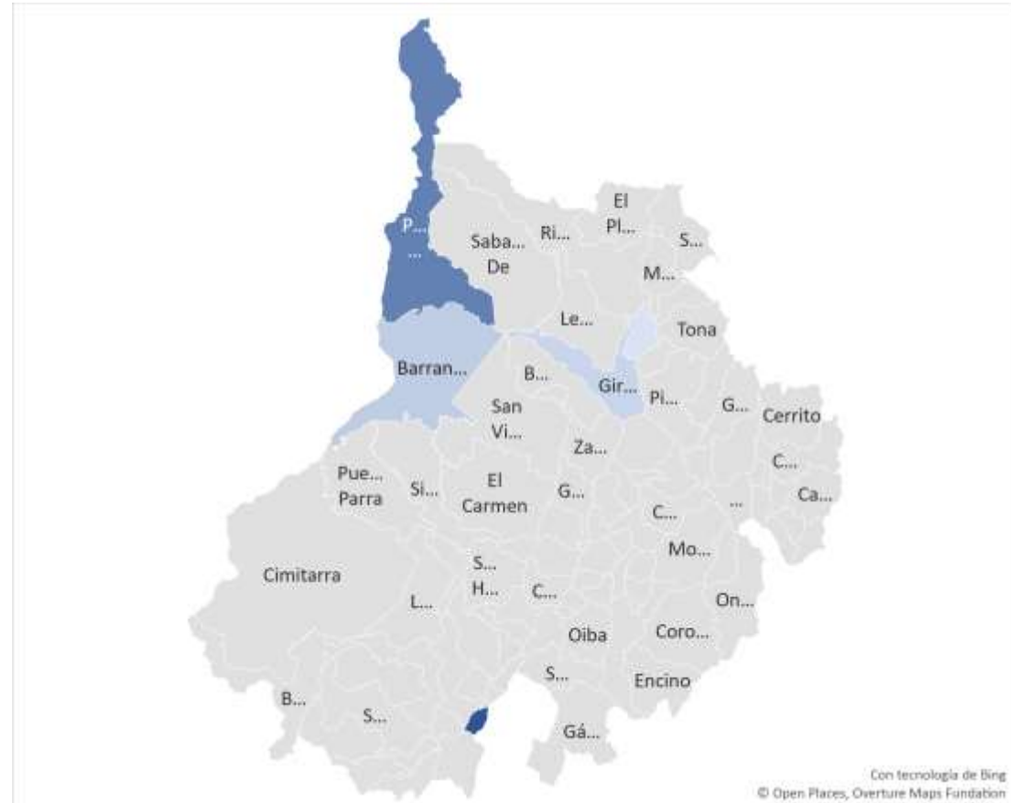
Variables		N° casos	%
Área	Cabecera m/pal	102	82,26%
	Rural Disperso	18	14,52%
	Centro Poblado	4	3,23%
Condicion Final	Vivo	124	100,00%
Tipo SS	Subsidiado	79	63,71%
	Contributivo	32	25,81%
	No asegurado	13	10,48%
Rango de edad	10-14	1	0,81%
	15-19	22	17,74%
	20-29	77	62,10%
	30-39	23	18,55%
	40-49	1	0,81%
Total	**124**		

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

2.5.3 Sífilis Congénita

A semana epidemiológica 12 se han reportado un total de 06 casos. La es de 0,27 casos de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos y mortinatos. El 100,00 % de los casos notificados como sífilis congénita cumplen con la definición de caso. El 100,00 % de las madres de los casos notificados como sífilis congénita fueron notificadas como sífilis gestacional.

Incidencia de Sífilis Congénita. Santander. SE 01-12 año 2026.



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

De los casos de sífilis congénita, reportados al sistema de vigilancia, el 100% de los casos confirmados por nexo epidemiológico.

Comportamiento por municipio de residencia de casos Sífilis Congénita, Santander. SE 01-12 año 2026.

Municipio	Casos	%	Incidencia
Barbosa	1	16,67%	4,2
Puerto Wilches	1	16,67%	3,17
Barrancabermeja	2	33,33%	0,84
Giron	1	16,67%	0,62
Bucaramanga	1	16,67%	0,21
Santander	**6**	**100%**	0,27

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Según el comportamiento demográfico y social el 66,67% de los casos pertenecen al sexo masculino; el 100,00% se registra en cabecera municipal. El 66,67% pertenece al régimen subsidiado.

Comportamiento demográfico y social de los casos notificados de sífilis congénita. Santander. SE 01-12 año 2026.

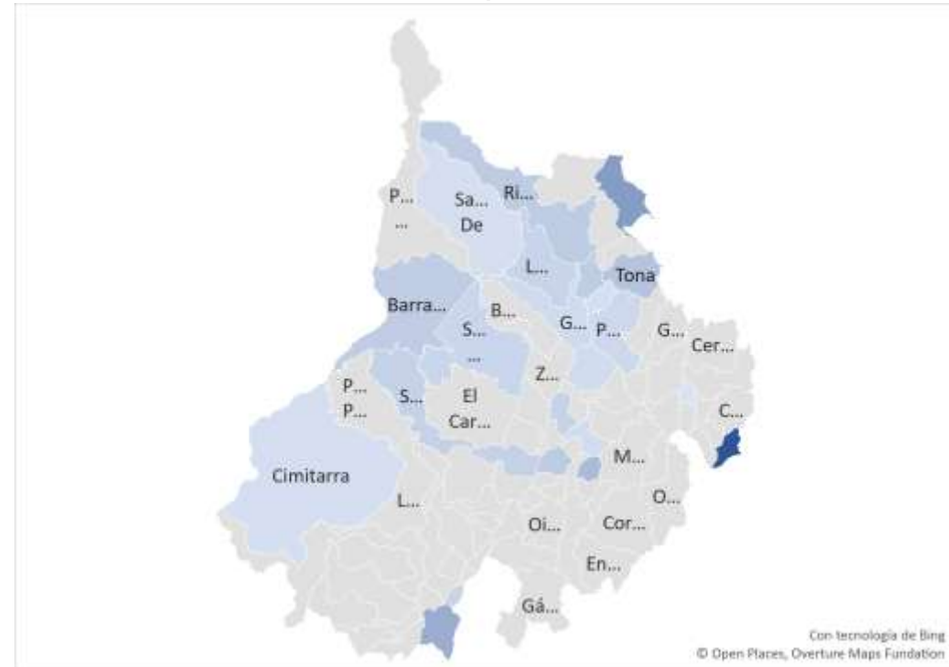
Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	4	66,67%
	Femenino	2	33,33%
Área	Cabecera m/pal	6	100,00%
Condicion Final	Vivo	6	100,00%
Tipo SS	Subsidiado	4	66,67%
	Contributivo	1	16,67%
	No asegurado	1	16,67%
Total	**6**		

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

2.5.3 VIH/SIDA y muerte por SIDA

A semana epidemiológica 12 se han notificado al sistema de vigilancia SIVIGILA un total de 170 casos de VIH, evidenciándose una disminución del 10% de los casos. Por cada 1.000 nacidos vivos se presentaron 0,32 casos de VIH/sida en gestante.

Tasa de incidencia de VIH//SIDA/muerte por SIDA. Santander. SE 01-12 año 2026.



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

A semana epidemiológica 12 en Santander, la incidencia de casos de VIH está en 7,26 casos por cada 100.000 habitantes. El municipio de Macaravita es quien presenta mayor incidencia con un 46,32 caso por cada 100.000 habitantes.

Casos notificados de VIH/SIDA y muerte por Sida según entidad territorial de procedencia, Santander. SE 01-12 año 2026.

Municipio	Casos	VIH	SIDA	MUERTOS	Incidencia
Macaravita	1	1	0	0	46,32
Surata	1	1	0	0	24,44
Puente Nacional	3	3	0	0	19,7
Socorro	4	4	0	0	11,59
Rionegro	3	3	0	0	10,8
Bucaramanga	67	63	4	0	10,75
Barrancabermeja	23	22	1	0	10,64
Simacota	1	1	0	0	9,53
Barichara	1	1	0	0	9,01
Barbosa	3	3	0	0	8,95
Lebrija	4	2	2	0	8,82
San Vicente de Chucuri	3	3	0	0	8,7
Piedecuesta	13	12	1	0	6,92
Giron	12	9	3	0	6,8
Los Santos	1	1	0	0	6,59
San Gil	4	4	0	0	6,53
Floridablanca	19	19	0	0	6,01
Cimitarra	2	2	0	0	5,66
Sabana de Torres	2	1	1	0	5,64
Malaga	1	1	0	0	4,5
Santander	**170**	**158**	**12**	**0**	7,26

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Según el comportamiento demográfico y social el 84,12% de los casos pertenecen al sexo masculino; el 88,82% se registra en cabecera municipal. El 48,24% pertenece al régimen contributivo.

El grupo de edad entre 20 – 29 años notificaron el 34,71% de los casos. El grupo de edad entre 30 – 39 notificaron el 28,24% de los casos. El grupo de edad entre 40 – 49 notificaron el 13,53%de los casos. El grupo de edad entre 15 – 19 notificaron el 11,76% de los casos.

El grupo de edad entre 50 – 59 notificaron el 6,47% de los casos. El grupo de edad entre 60 – 69 notificaron el 4,12% de los casos. El grupo de 70 años y más notificaron el 1,18% de los casos.

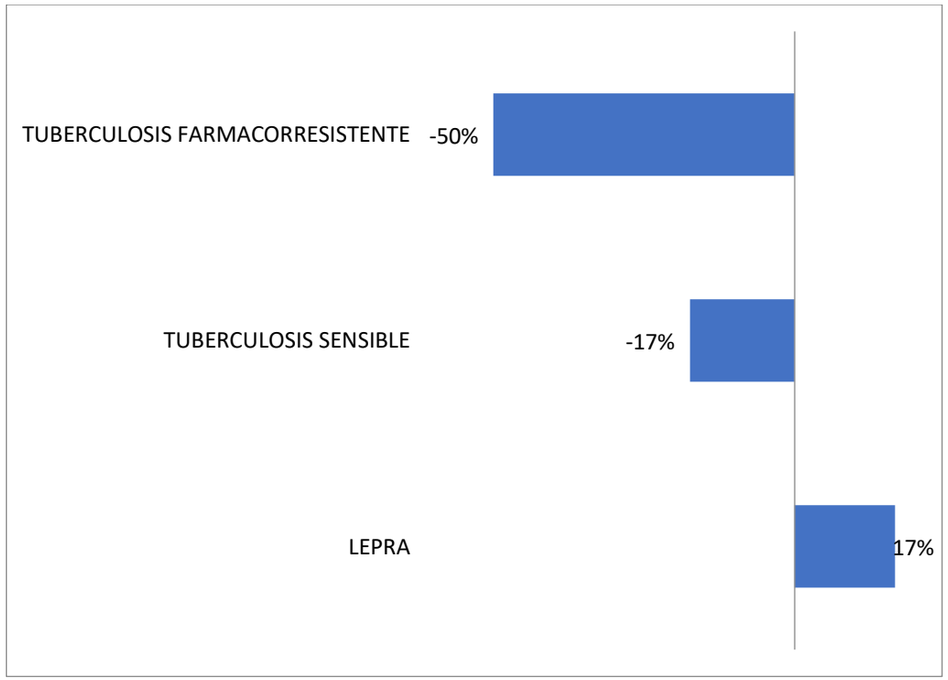
Comportamiento demográfico y social de los casos confirmados VIH/SIDA/muerte por SIDA. Santander. SE 01-12 año 2026.

Variables		N° casos	%	Proporción de Incidencia
Sexo	Masculino	143	84,12%	12,08
	Femenino	27	15,88%	2,20
Área	Cabecera m/pal	151	88,82%	8,13
	Centro poblado y rural disperso	19	11,18%	3,43
Condicion Final	Vivo	169	99,41%	
	Muerto	1	0,59%	
Tipo SS	Contributivo	82	48,24%	7,39
	Subsidiado	74	43,53%	6,39
	Excepcion	4	2,35%	5,49
Rango de edad	15-19	20	11,76%	10,95
	20-29	59	34,71%	15,48
	30-39	48	28,24%	12,97
	40-49	23	13,53%	7,26
	50-59	11	6,47%	4,08
	60-69	7	4,12%	3,29
	70 y mas	2	1,18%	1,09
Total	**170**			

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

2.6 MICOBACTERIAS

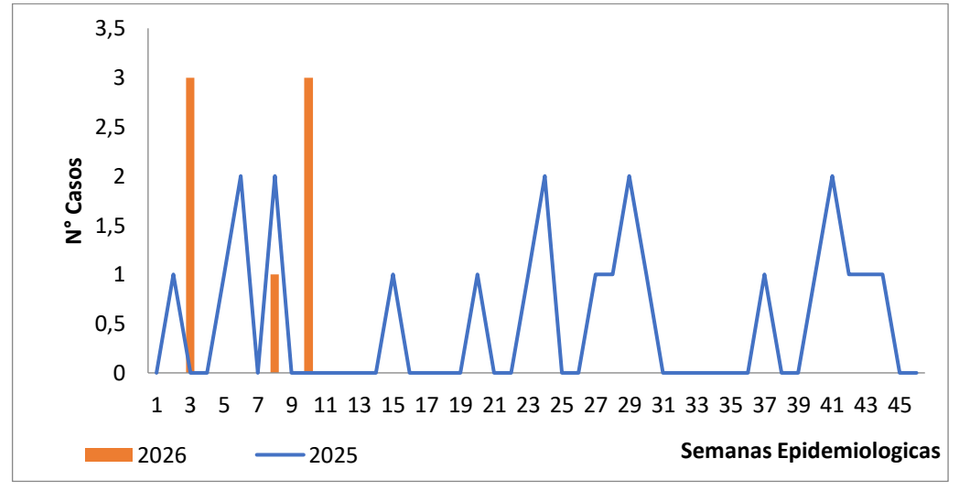
Incremento-Decremento. Grupo Micobacterias. Santander, semanas epidemiológicas 01-12– - 2025 - 2026.



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026

2.6.1 Lepra

Casos notificados de Lepra. Santander, semanas epidemiológicas 01 – 12- 2025-2026.



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

A semana epidemiológica 12 de 2026, se ha notificado al SIVIGILA siete (07) casos de lepra, de los cuales el 57,1% de los casos han sido confirmados por laboratorio. Se registra una incidencia en el departamento de 0,29 casos de lepra por cada 100.000 habitantes. El 85,7% de los casos notificados corresponden a casos nuevos y el 100,0% de los casos están clasificados como lepra multibacilar. Con respecto a la discapacidad, se tienen cuatro (04) casos notificados con discapacidad grado II y una tasa de discapacidad grado II de 0,3 por cada 100.000 habitantes.

Casos de lepra por clasificación y grado de discapacidad, Santander, semanas epidemiológicas 01-12 2026.

Clasificación lepra	Grado de discapacidad			Total	%
	Grado 0	Grado 1	Grado 2		
Paucibacilar	0	0	0	0	0%
Multibacilar	1	2	4	7	100%
Total	**1**	**2**	**4**	**7**	**100%**

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

En la semana 12- 2026 no se notificaron dos casos de Hansen.

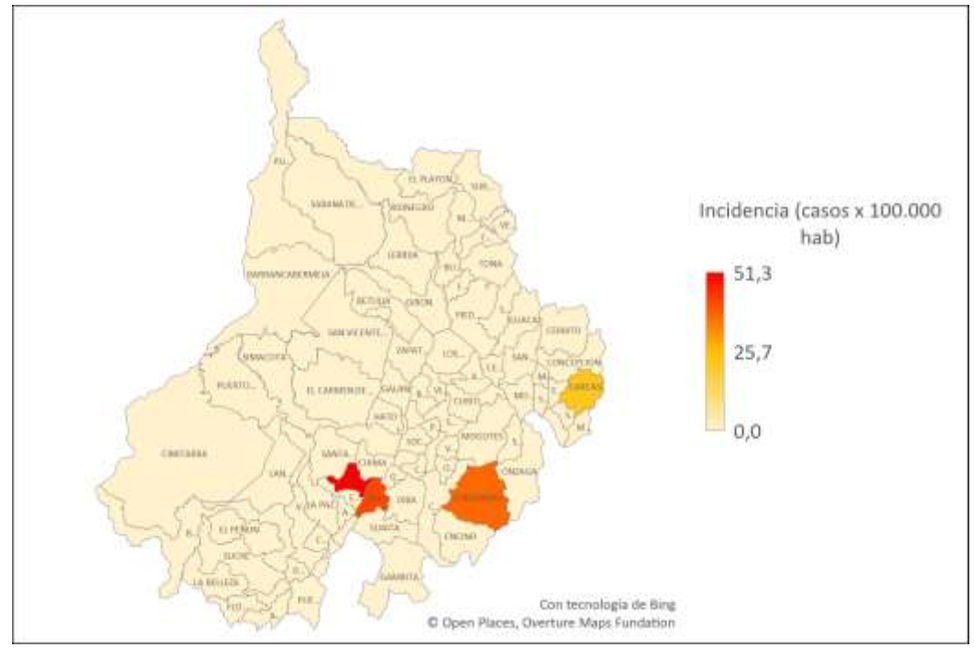
Casos de Lepra y tasa de detección por entidad territorial de residencia, Santander, semanas epidemiológicas 01-12 2026

Municipio	Casos	%	Incidencia
Contratación	2	28,57%	51,33
Coromoro	2	28,57%	37,50
Guadalupe	2	28,57%	41,82
Carcasí	1	14,29%	22,25
Santander	**7**	**100%**	0,29

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026 – DANE

Los municipios con mayor incidencia de lepra según municipio de residencia son: Contratación, Guadalupe, Coromoro y Carcasí. La incidencia del evento para Santander es 0,29 casos/100.000 habitantes

Incidencia de Lepra por municipio de residencia. Santander, semanas epidemiológicas 01- 12, 2026



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2025

A continuación, se presenta tabla sociodemográfica con la situación de Lepra, semana 12–2026.

Comportamiento demográfico y social de los casos Lepra, Santander, semanas epidemiológicas 01-12 2026.

Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	4	57,1%
	Femenino	3	42,9%
Área	Cabecera m/pal	4	57,1%
	Rural Disperso	3	42,9%
	Centro Poblado	0	0,0%
Condición Final	Vivo	7	100,0%
	Muerto	0	0,0%
	No sabe	0	0,0%
Tipo SS	Subsidiado	6	85,7%
	Contributivo	1	14,3%
	Excepción	0	0,0%
	Especial	0	0,0%
	No asegurado	0	0,0%
	Indeterminado	0	0,0%
Rango de edad	40-49	2	28,6%
	50-59	0	0,0%
	60-69	1	14,3%
	70 y mas	4	57,1%
Total		**7**	

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026 – DANE

2.6.2 Tuberculosis

De total de casos, el 99,0% corresponden a TB Sensible, se evidencia que del total de los casos el 84,10% correspondiente a doscientos cincuenta y cuatro (254) casos pertenecen a la forma pulmonar.

De acuerdo con la distribución por tipo de caso, el 85% de los casos ingresaron como confirmados por laboratorio.

Se evidencian dieciséis (16) casos de Mortalidad de los cuales 6 (06) corresponden a menores de 49 años, ninguno de ellos con coinfección VIH.

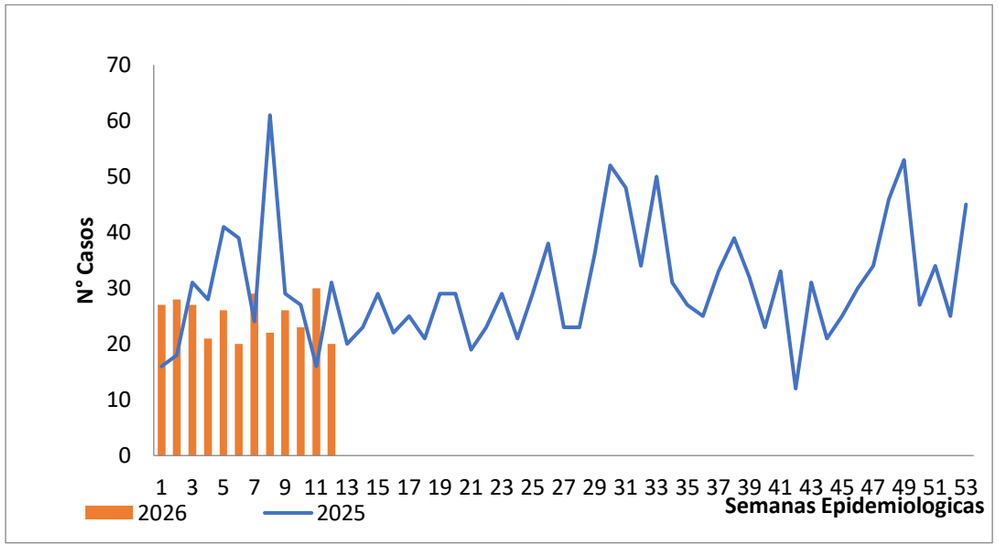
La incidencia de Tuberculosis sensible para el Departamento a semana epidemiológica 12–2026 es de 12,49 casos por 100.000 habitantes.

Según la información a semana 12 del 2026 se han notificado al SIVIGILA 302 casos de tuberculosis por todas las formas confirmadas, para una incidencia de 12,62 por 100.000 habitantes. El 4,96% de los casos de tuberculosis en todas las formas confirmadas presentan asociación a la infección con VIH.

En la Semana 12 de 2026 se notificaron veinte (20) casos de tuberculosis de los cuales el 100,0% correspondió a casos tuberculosis sensible.

2.6.2.1 Tuberculosis sensible.

Casos notificados de Tuberculosis Sensible. Santander, semanas epidemiológicas 01-12- 2025 -2026.



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Tuberculosis Sensible por entidad territorial de residencia e incidencia por cada 100.000 habitantes, Santander, semanas epidemiológicas 01-12, 2026.

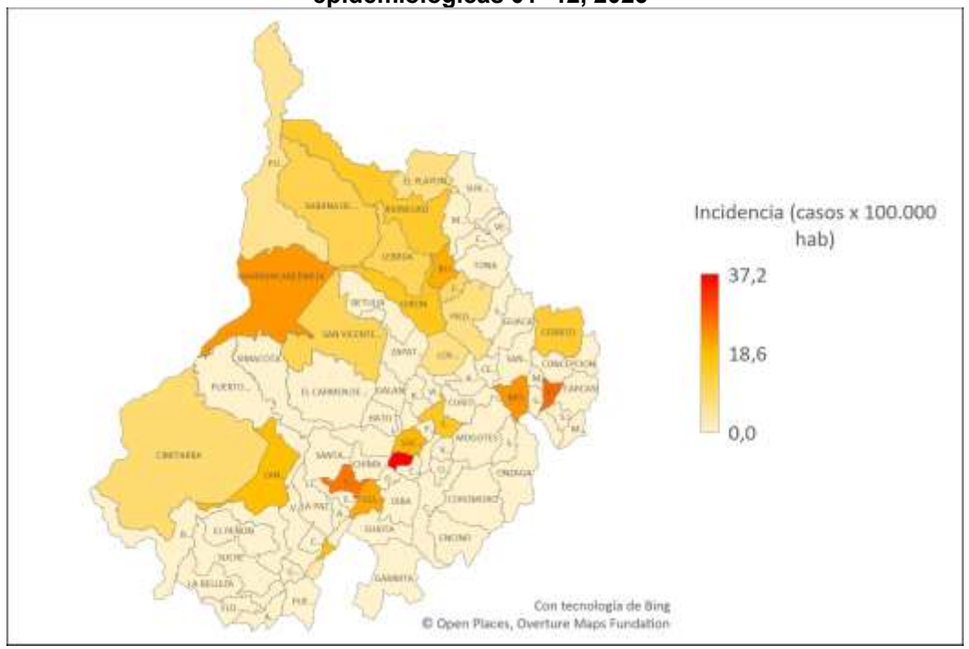
En lo corrido el año, tenemos que el municipio de Bucaramanga aporta el 42,14% de la notificación de Tuberculosis sensible con 126 casos

Municipio	Casos	PULMONAR	EXTRA PULMONAR	NUEVOS	Previamente Tratados	%	Incidencia
Lebrija	5	5	0	5	0	1,67%	10,78
Barrancabermeja	49	45	4	43	6	16,39%	22,50
Sabana de Torres	4	4	0	3	1	1,34%	11,38
Bucaramanga	126	102	24	117	9	42,14%	20,20
San Gil	10	10	0	10	0	3,34%	15,59
Giron	28	22	6	24	4	9,36%	15,84
Floridablanca	32	26	6	29	3	10,70%	9,35
Socorro	7	7	0	7	0	2,34%	19,34
Rionegro	4	3	1	3	1	1,34%	14,66
Piedecuesta	13	11	2	13	0	4,35%	6,72
Otros municipios	21	19	2	20	1	7,02%	3,33
Santander	**299**	**254**	**45**	**274**	**25**	**100%**	12,49

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026

Los municipios con mayor incidencia de Tuberculosis sensible según municipio de residencia son: Palmas del socorro, Enciso, Contratación, Molagavita, Barrancabermeja, Guadalupe y Bucaramanga. La incidencia del evento para Santander es 12,49 casos/100.000 habitantes

Incidencia de Tuberculosis sensible por municipio de residencia. Santander, semanas epidemiológicas 01- 12, 2026



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026

Notificación de tuberculosis Sensible por tipo de caso, Santander, semanas epidemiológicas 01-12, 2026.

Tipo de caso	TB Sensible		Total	%
	Pulmonar	Extrapulmonar		
Confirmado por laboratorio	225	29	254	85%
Confirmado por clínica	28	16	44	15%
Confirmado por nexo epidemiológico	1	0	1	0%
Total	**254**	**45**	**299**	**100%**

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Describe el comportamiento sociodemográfico de los casos de Tuberculosis sensible, Santander semanas 01 –12 - 2025.

Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	210	70,2%
	Femenino	89	29,8%
Área	Cabecera m/pal	268	89,6%
	Rural Disperso	22	7,4%
	Centro Poblado	9	3,0%
Condición Final	Vivo	283	94,6%
	Muerto	16	5,4%
	No sabe	0	0,0%
Tipo SS	Subsidiado	157	52,5%
	Contributivo	82	27,4%

	Excepción	46	15,4%
	No asegurado	9	3,0%
	Especial	4	1,3%
	Indeterminado	1	0,3%
Rango de edad	10-14	3	1,0%
	15-19	18	6,0%
	20-29	61	20,4%
	30-39	53	17,7%
	40-49	40	13,4%
	50-59	39	13,0%
	60-69	40	13,4%
	70 y mas	45	15,1%
Total		**299**	

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026

De los casos de tuberculosis sensible, se presentan 45 casos extrapulmonar, cuya localización anatómica corresponde a veintiséis (26) casos pleurales.

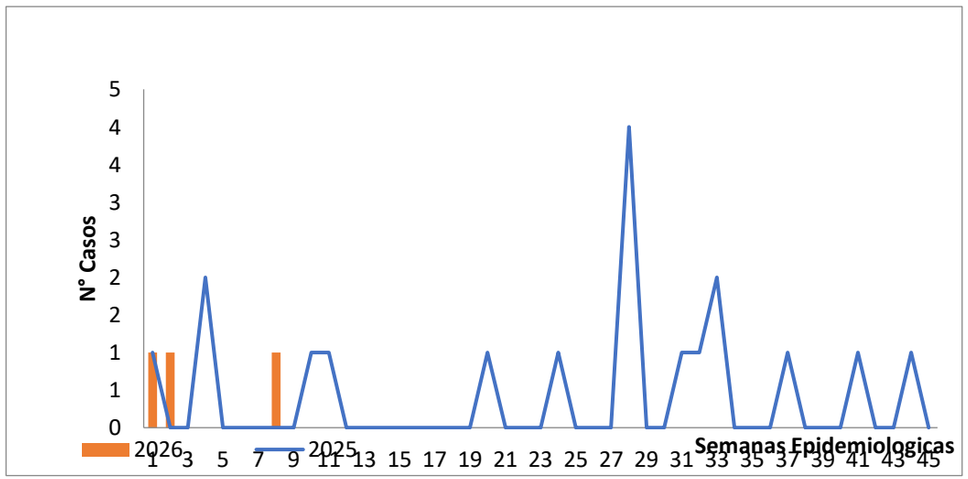
Tuberculosis Sensible extrapulmonar por localización anatómica, Santander, semanas epidemiológicas 01-12, 2026.

LOCALIZACION	Casos	%
PLEURAL	26	57,8%
OTRO	5	11,1%
GANGLIONAR	4	8,9%
PERITONEAL	3	6,7%
INTESTINAL	2	4,4%
OSTEOARTICULAR	2	4,44%
PERICARDICA	2	4,44%
MENINGEA	1	2,22%
Santander	**45**	**100%**

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

2.6.3 Tuberculosis Resistente

Casos notificados de Tuberculosis Resistente. Santander, semanas epidemiológicas 01-12- 2025 -2026.



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

A semana 12 de 2026 se han registrado tres (03) casos de Tuberculosis farmacorresistentes, con una incidencia de 0,13 casos por 100.000 habitantes. Los cuales fueron confirmados por laboratorio. En la semana 12 de 2026 no se notificaron casos de Tuberculosis Resistente.

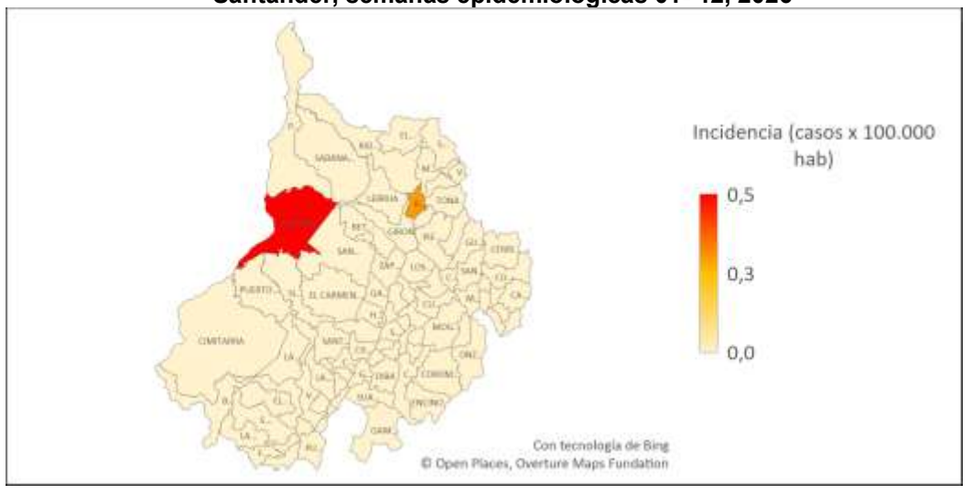
Tuberculosis Resistente por entidad territorial de residencia e incidencia por cada 100.000 habitantes, Santander, semanas epidemiológicas 01-12, 2026.

Municipio	Casos	PULMONAR	EXTRA PULMONAR	%	Incidencia
Bucaramanga	2	2	0	66,7%	0,32
Barrancabermeja	1	1	0	33,3%	0,46
Santander	**3**	**3**	**0**	**100%**	0,13

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Los municipios con mayor incidencia de Tuberculosis farmacorresistente según municipio de residencia son: Barrancabermeja y Bucaramanga. La incidencia del evento para Santander es 0,13 casos/100.000 habitantes.

Incidencia de Tuberculosis farmacorresistente por municipio de residencia. Santander, semanas epidemiológicas 01- 12, 2026



Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Clasificación de casos de Tuberculosis Resistentes, Santander, semanas epidemiológicas 01- 12-2026

RESISTENCIA	Casos	%
MONORESISTENCIA	2	66,7%
RESISTENCIA A RIFAMPICINA	1	33,3%
Santander	**3**	**100%**

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026

Describe el comportamiento sociodemográfico de los casos de Tuberculosis resistente, Santander semanas 01 – 12 2026.

Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	2	67%
	Femenino	1	33%
Área	Cabecera m/pal	3	100%
	Centro Poblado	0	0%
	Rural Disperso	0	0%
Condición Final	Vivo	3	100%
	Muerto	0	0%
	No sabe	0	0%
Tipo SS	Subsidiado	3	100%
	Contributivo	0	0%
	Excepción	0	0%
	Especial	0	0%
	No asegurado	0	0%
	Indeterminado	0	0%
Rango de edad	50-59	1	33%
	60-69	1	33%
	70 y mas	1	33%
Total		**3**	

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Santander, 2026

2.7 ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES

2.7.1 Cáncer en menores de 18 años

Para esta semana epidemiológica se tiene un total 29 casos de cáncer en menores de 18 años, lo que representa un incremento del 90% en comparación con el mismo periodo del año 2025.

Se observa un incremento en la notificación de casos en 8 municipios, entre ellos Barrancabermeja, El Carmen de Chucurí y Bucaramanga, lo que evidencia un aumento durante el periodo analizado. En contraste, 5 municipios — como Cimitarra y Sabana de Torres entre otros, reflejando una reducción en la carga reportada. El resto de municipios permanecen estables, sin variaciones relevantes frente al mismo periodo del año anterior. Esta distribución territorial permite identificar áreas críticas de vigilancia y orientar acciones de control y prevención. (Ver mapa).

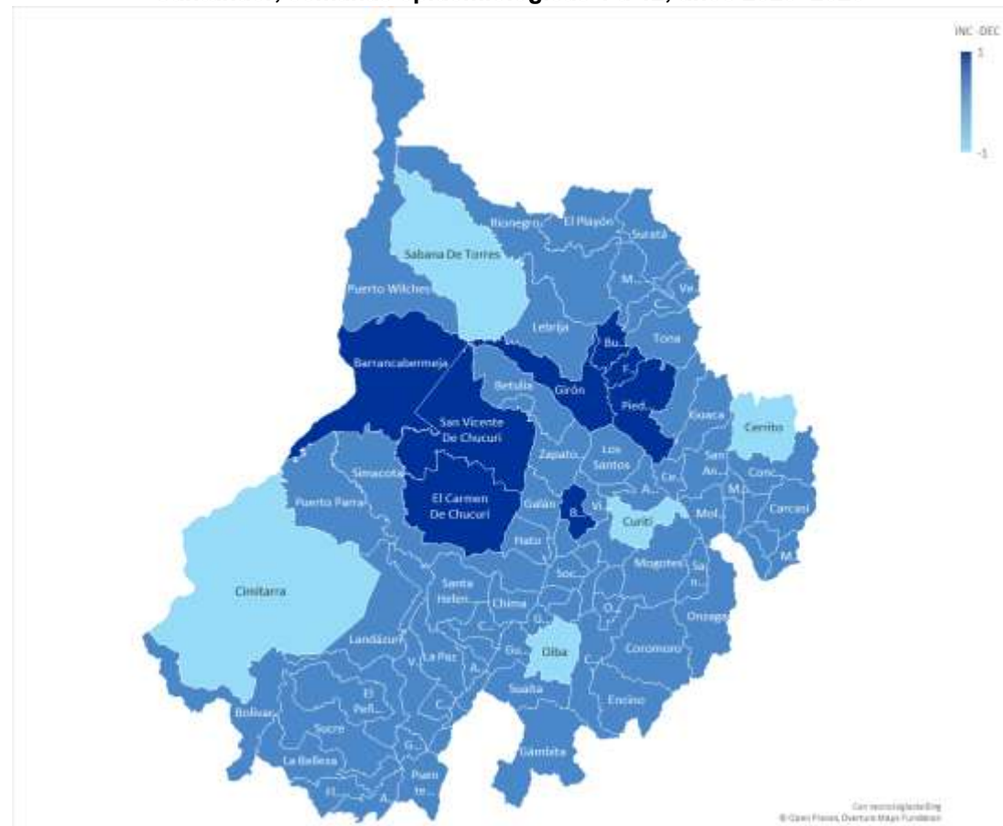
En el departamento de Santander, las leucemias representaron el 27,59% de los casos de cáncer siendo este para la leucemia linfoide (24,14%). El resto de los diagnósticos se distribuyó en otros tipos de cáncer 72,41%.

En menores de 15 años, la tasa de incidencia de leucemias fue de 1,21 casos por cada 100.000 habitantes de este grupo, destacándose el municipio de Barichara y San Vicente de Chucuri.

Durante el periodo analizado, la tasa de incidencia de cáncer en menores de 18 años fue de 3,48 casos por cada 100.000 habitantes para Santander. En este grupo, los municipios con las tasas más altas fueron El Carmen de Chucurí, San Vicente de Chucurí, San Gil y otros.

En las tablas siguientes se presentan la proporción y las tasas de cáncer en menores de 18 años y las principales características demográficas de los casos.

Mapa de incremento y decremento de casos de cáncer en menores de 18 años, Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12, años 2025–2026



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

Tasa de notificación estimada por entidad territorial según residencia de casos de leucemia en menores de 15 años, Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12 de 2026.

Entidad territorial	Casos (n)	Porcentaje (%)	Tasa por 100.000 < 15 años
Barichara	1	16,7%	40,00
Bucaramanga	3	50,0%	2,58
Giron	1	16,7%	2,57
San Vicente de Chucuri	1	16,7%	12,89
Santander	**6**	100,0%	**1,21**

Fuente: Sivigila. Tasa de notificación por 100.000 menor de 15 años, según proyecciones de población DANE 2026.

Tasa de notificación estimada por entidad territorial según residencia de casos de cáncer en menores de 18 años, Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12 de 2026.

Entidad territorial	Casos (n)	Porcentaje (%)	Tasa por 100.000 < 18 años
Barrancabermeja	3	14,3%	4,82
Bucaramanga	7	33,3%	4,91
El Carmen de Chucuri	1	4,8%	13,98
Floridablanca	2	9,5%	2,68
Giron	2	9,5%	4,25
Piedecuesta	3	14,3%	5,96
San Gil	2	9,5%	11,94
San Vicente de Chucuri	1	4,8%	10,47
Santander	**21**	**100%**	**3,48**

Fuente: Sivigila. Tasa de notificación por 100.000 menor de 18 años, según proyecciones de población DANE 2026.

Comportamiento demográfico y social de los casos de Cáncer en Menores de 18 años, Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12, 2026

Variable	Categoría	Casos (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	15	51,72%
	Femenino	14	48,28%
Área	Cabecera m/pal	23	79,31%
	Centro Poblado	0	0,00%
	Rural Disperso	6	20,69%
Tipo de aseguramiento	Subsidiado	19	65,52%
	Contributivo	8	27,59%
	No asegurado	2	6,90%
	Indeterminado	0	0,00%
	Excepción	0	0,00%
	Especial	0	0,00%
Grupo de edad	Primera Infancia	1	3,45%
	Infancia	6	20,69%
	Edad escolar	7	24,14%
	Preadolescencia	5	17,24%
	Adolescencia	10	34,48%

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

En el análisis de los indicadores de oportunidad estimada para **leucemias** en menores de 18 años en Santander, se evidenció que el 88,9% (8) de los casos alcanzaron la **presunción diagnóstica** en menos de dos días.

El 55,6% de los pacientes lograron la **confirmación diagnóstica** dentro de los ocho días posteriores a la presunción.

El 75,0% **inició tratamiento** en menos de cinco días tras la confirmación diagnóstica.

Estos resultados muestran avances importantes, pero también la necesidad de fortalecer la fase de confirmación para garantizar una atención integral y oportuna.

Indicadores de oportunidad de los casos de Leucemias en Menores de 18 años, Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12, 2026

Indicadores de oportunidad	Resultado	Indicador
Oportunidad estimada en la presunción diagnóstica (OPDx) (diagnóstico	88,9%	Alta ≤2 días
	0,0%	Media 3-10 día
	0,0%	Baja ≥ 11 días
Oportunidad estimada en la confirmación diagnóstica de leucemias (OCDx)	55,6%	Alta ≤8 días
	22,2%	Media 9-15 días
	11,1%	Baja ≥ 16 días.
Oportunidad estimada en el inicio de tratamiento de Leucemias (OITTO)	88,9%	Alta ≤ 5 días
	0,0%	Baja ≥ 6 días

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.7.2 Cáncer de Mama y Cuello Uterino

A la fecha se han notificado 139 casos, de los cuales 78 corresponden a cáncer de mama (56,52%) y 60 a cáncer de cuello uterino (43,48%). En comparación con el año anterior, se observa un incremento del 36,27%. Es importante señalar que los datos están sujetos a revisión continúa debido a notificaciones tardías, ajustes técnicos y procesos de validación de calidad.

La tasa de incidencia de cáncer de mama y de cuello uterino en mujeres mayores de 18 años es de 14,88 casos por cada 100.000 mujeres en este grupo poblacional, considerado como la población en riesgo para dichos tipos de cáncer. Las tasas más altas se observaron en San Miguel (107,0), Santa Helena (88,7) y Enciso (66,23).

La mayor proporción de casos se concentra en los municipios de Bucaramanga, Floridablanca, Piedecuesta y Girón y. Esta distribución refleja una elevada carga en el área metropolitana de Bucaramanga, posiblemente asociada con factores poblacionales, procesos de urbanización y dinámicas de movilidad regional. La información detallada se presenta en la siguiente tabla.

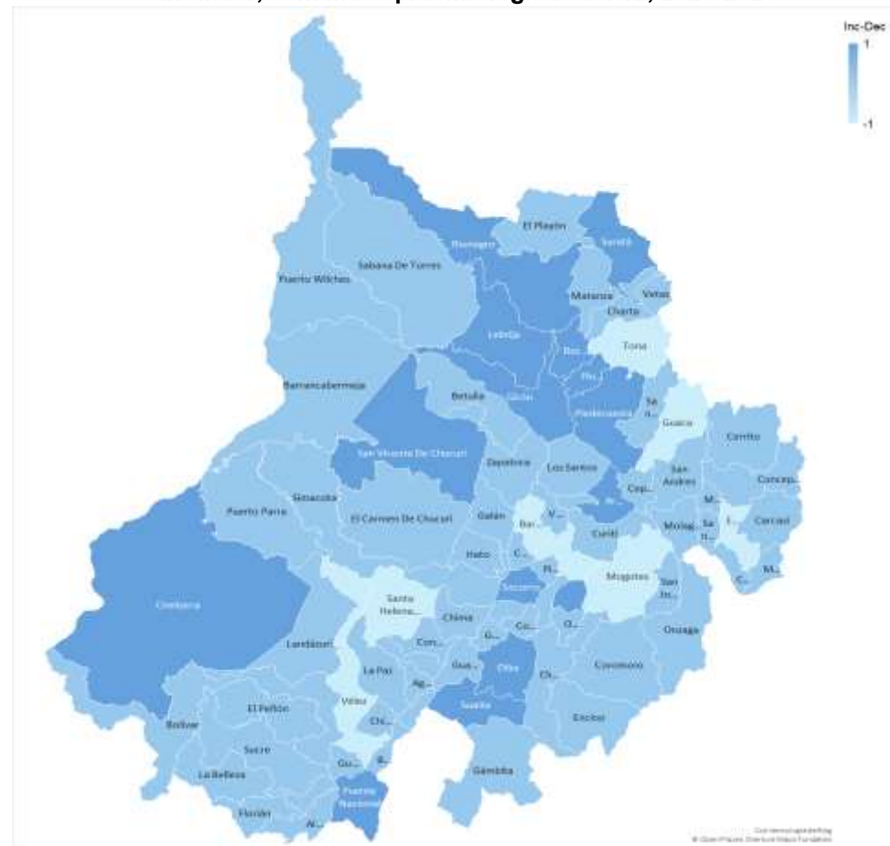
Durante el análisis de la variación municipal entre 2025 y 2026 en la notificación de cáncer de mama y cuello uterino en el departamento de Santander se identificó un comportamiento heterogéneo. Un total de 15 municipios presentaron incremento en la notificación, entre ellos Aratoca, Bucaramanga, Cimitarra y Floridablanca, entre otros. En contraste, 9 municipios reportaron una disminución, entre ellos Barichara, Guaca entre otros. El resto de los municipios mantuvieron un comportamiento estable (ver mapa).

Casos notificados y tasas de notificación estimada de cáncer de mama y de cuello uterino por entidad territorial de residencia, Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12, 2026.

Entidad territorial	CA Mama	CA Uterino	Casos (n)	Porcentaje (%)	Tasa por 100.000 mujeres > 18 años
Aratoca		1	1	0,7%	30,88
Barbosa	1		1	0,7%	7,45
Barrancabermeja	6	4	10	7,2%	11,34
Bucaramanga	21	18	39	28,1%	15,38
Charalá		1	1	0,7%	18,44
Cimitarra	1	1	2	1,4%	17,77
Concepcion		1	1	0,7%	43,44
Floridablanca	17	13	30	21,6%	23,10
Giron	11	4	15	10,8%	22,49
Lebrija	2		2	1,4%	10,62
Malaga		1	1	0,7%	10,16
Oiba	1		1	0,7%	22,51
Piedecuesta	8	12	20	14,4%	26,81
Puente Nacional	1	1	2	1,4%	33,17
Rionegro		1	1	0,7%	10,71
San Gil	1		1	0,7%	3,46
San Vicente de Chucuri	1	2	3	2,2%	23,81
Socorro	3	1	4	2,9%	27,15
Suaita	1		1	0,7%	**25,51**
Surata	2		2	1,4%	**121,51**
Valle De San José	1		1	0,7%	**37,89**
Santander	**78**	**61**	**139**	**100,0%**	**10,92**

Fuente: Sivigila. Tasa de notificación por 100.000 mujeres mayores de 18 años, según proyecciones de población DANE 2026.

Mapa de incremento y decremento de casos de cáncer de mama y cuello uterino, Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12, 2025-2026



Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

La siguiente tabla resume las características demográficas y sociales de los casos de cáncer de mama y de cuello uterino en Santander.

Comportamiento demográfico y social de los casos de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino en Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12, 2026

Variables	Categoría	Casos (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	139	100,00%
	Masculino	0	0,00%
Área	Cabecera m/pal	129	92,81%
	Centro Poblado	2	1,44%
	Rural Disperso	8	5,76%
Tipo de aseguramiento	Contributivo	85	61,15%
	Subsidiado	47	33,81%
	Excepción	4	2,88%
	No asegurado	1	0,72%
	Indeterminado	2	1,44%
	Especial	0	0,00%
Grupo de edad	15-19	0	0,00%
	20-29	11	7,91%
	30-39	32	23,02%
	40-49	24	17,27%
	50-59	27	19,42%
	60-69	27	19,42%
	70 y mas	18	12,95%

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

En el análisis de los indicadores de oportunidad en la notificación del evento cáncer de mama y cuello uterino en Santander, se evidenció un bajo cumplimiento de los tiempos establecidos.

Solo el 22,30% (31 casos) fueron notificados de **manera oportuna**, es decir, dentro de los siete días posteriores al diagnóstico; mientras que el resto presentó notificación inoportuna. Esta situación representa una debilidad significativa en el sistema de vigilancia, ya que los retrasos en la notificación limitan la capacidad de respuesta oportuna en salud pública. Se requiere reforzar los procesos institucionales de reporte, capacitar al personal responsable y optimizar los flujos de información para garantizar una detección y atención más efectiva de estos eventos.

Por otro lado, en el **indicador de oportunidad para el inicio del tratamiento** de cáncer de mama y cuello uterino, únicamente el 20,14% (28 casos) iniciaron tratamiento dentro de los 30 días siguientes a la confirmación diagnóstica. Cabe resaltar que el **79,9% (111 casos) permanece pendiente de registro de la fecha de inicio de tratamiento**, lo cual refleja una limitación en la calidad y completitud de la información disponible

Indicadores de oportunidad de los casos de Cáncer de mama y cuello uterino, Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12, 2026

Indicadores de oportunidad	Resultado Indicador	Cumplimiento de oportunidad
Oportunidad en la notificación del evento cáncer de mama y cuello uterino	22,30%	Notificación Oportuna: Menor o igual a 7 días
	76,26%	Notificación Inoportuna: Mayor a 7 días.
Oportunidad en la fecha de inicio del tratamiento para cáncer de mama y cuello uterino.	20,14%	Alta: menor o igual 30 días.
	0,00%	Media: 31 a 45 días
	0,00%	Baja: mayor a 45 días.

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.9.3 Lesiones por Pólvora

Para esta semana epidemiológica se tiene un acumulado en el SIVIGILA de 10 casos de Lesiones por pólvora; comparado con el año 2025 se registró una disminución del 56,52% en el número de casos respecto al año anterior. La tasa de incidencia es de 0,41 casos por cada 100.000 habitantes Los Municipios que han presentado más casos, pertenecen a las Provincias Área Metropolitana, Guanentá y Vélez. En la siguiente tabla se presentan las incidencias por municipios.

Tasa de notificación de casos por Lesiones por Pólvora, Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12, 2026

Municipio de procedencia	Casos (n)	Porcentaje (%)	Tasa por 100.000 habitantes
Bucaramanga	2	20,0%	0,32
California	1	10,0%	39,43
Giron	2	20,0%	1,13
Jesús María	1	10,0%	29,19
Puente Nacional	1	10,0%	6,52
San Gil	1	10,0%	1,41
Valle de San José	1	10,0%	13,92
Velez	1	10,0%	3,67
Santander	**10**	**100,0%**	**0,41**

Fuente: Sivigila Santander. Tasa de notificación por 100.000 habitantes, según proyecciones de población DANE 2026.

La siguiente tabla resume las características demográficas y sociales de los casos de lesiones por pólvora en Santander.

Comportamiento demográfico y social de los casos de lesiones por pólvora, Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12, 2026

Variable	Categoría	Casos (n)	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	10	100,00%
	Femenino	0	0,00%
Área	Cabecera m/pal	6	60,00%
	Rural Disperso	0	0,00%
	Centro Poblado	4	40,00%
Tipo de aseguramiento	Contributivo	4	40,00%
	Subsidiado	4	40,00%
	No asegurado	2	20,00%
	Indeterminado	0	0,00%
	Excepción	0	0,00%
	Especial	0	0,00%
Grupo de edad	0 a 5	1	10,00%
	6 a 11	0	0,00%
	12 a 17	2	20,00%
	18 a 26	2	20,00%
	29 a 59	5	50,00%
	60 y mas	0	0,00%

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.9.4 Enfermedades Huérfanas

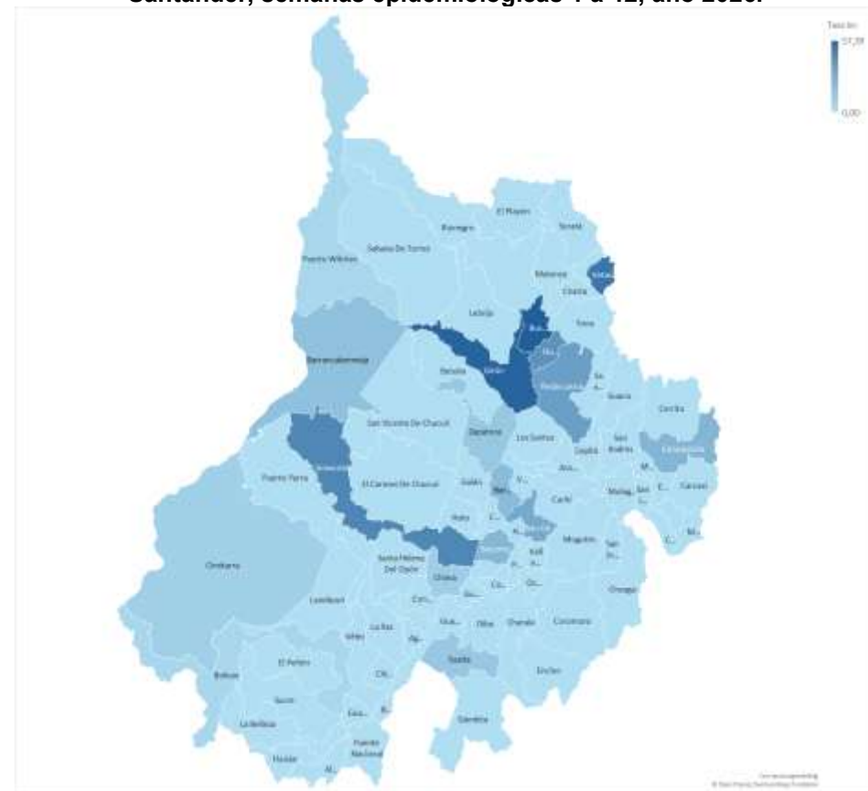
Para esta semana de análisis se han notificado un total de 100 casos de enfermedades huérfanas. De estos, 51 casos (51,0%) corresponden a diagnósticos realizados en el presente año, mientras que 49 casos (49,0%) pertenecen a años anteriores.

En comparación con el año anterior, se observa un decremento del 18,03% en el número de casos reportados. La incidencia departamental acumulada para el año 2026, según residencia, es de 2,12 casos por cada 100,000 habitantes. El 59,00% (59) son del sexo femenino el resto masculino.

Los municipios de Bucaramanga (57,36), Girón (54,61) Vetas (46,43), Simacota (38,97) y Floridablanca (33,46) concentran las cinco tasas de incidencia más elevadas, todas superiores al promedio departamental. Aunque en términos absolutos notifican pocos casos, estas localidades reflejan un impacto proporcionalmente alto en poblaciones pequeñas, lo que subraya la necesidad de enfoques diferenciados en vigilancia, atención y planificación territorial. El mapa muestra las incidencias de acuerdo con el lugar de residencia.

En relación con la oportunidad de notificación de casos nuevos de enfermedades huérfanas durante el año 2026, se observa que el 62,7% de los reportes se realizaron dentro del parámetro establecido **(≤ 1 día desde la confirmación diagnóstica).** Asimismo, se identifican municipios que, pese a haber registrado antecedentes de casos en años anteriores, no reportaron nuevos eventos en 2026, situación que podría explicarse por variaciones epidemiológicas o por fenómenos de subregistro.

Mapa de tasa de notificación por entidad territorial de enfermedades huérfanas en Santander, semanas epidemiológicas 1 a 12, año 2026.



Fuente: Sivigila Santander. Tasa por 100.000 habitantes, según proyecciones de población DANE 2026.

A continuación, se presentan las principales enfermedades huérfanas identificadas en el departamento

Proporción de las diez principales enfermedades huérfanas, semanas epidemiológicas 1 a 12, Santander, 2026

Nombre de la enfermedad	Casos (n)	Porcentaje (%)
Enfermedad de Von Willebrand	14	14,0%
Esclerosis sistémica cutánea difusa	9	9,0%
Esclerosis sistémica cutánea limitada	8	8,0%
Estenosis pulmonar valvular	8	8,0%
Síndrome de Guillain-Barre	5	5,0%
Déficit congénito del factor VIII	3	3,0%
Déficit congénito de fibrinógeno	3	3,0%
Hernia diafragmática	3	3,0%
Hipertensión arterial pulmonar idiopática	2	2,0%
Neuromielitis óptica espectro	2	2,0%
Otras	43	43,0%
Total	**100**	**100,0%**

Fuente: SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.10 SALUD MENTAL

2.10.1 Intento de Suicidio

A semana epidemiológica 12 de 2026, se han notificado al SIVIGILA 338 intentos de suicidio; a la misma semana epidemiológica del año 2025 se notificaron 380 casos, lo que evidencia un decremento del 11,1% en el evento. Los Municipios que más aportan casos son: Bucaramanga, Barrancabermeja, Floridablanca, Girón, Piedecuesta.

La tasa de incidencia para Santander es de 14,0 casos por cada 100.000 habitantes. En la siguiente tabla se evidencian los Municipios con mayor incidencia de intento de suicidio en el Departamento de Santander.

Casos notificados vs incidencia por municipio de procedencia de Intento de Suicidio, Santander, S.E 01-12, 2026pr.

MUNICIPIO	Casos	%	Incidencia
California	2	0,6%	78,9
Galan	2	0,6%	65,3
Guapota	1	0,3%	37,5
Santa Barbara	1	0,3%	37,5
Paramo	2	0,6%	35,3
Capitanejo	2	0,6%	31,6
Malaga	7	2,1%	28,7
Mogotes	3	0,9%	26,8
Oiba	3	0,9%	25,8
San Gil	18	5,3%	25,3
Aratoca	2	0,6%	22,6
San José de Miranda	1	0,3%	22,5
Surata	1	0,3%	21,9
Bucaramanga	128	37,9%	20,7
Giron	36	10,7%	20,3
Socorro	7	2,1%	18,8
El Peñón	1	0,3%	18,8
Concepcion	1	0,3%	16,4
Piedecuesta	31	9,2%	16,1
Sabana de Torres	6	1,8%	15,6
Betulia	1	0,3%	14,5
Charalá	2	0,6%	14,4
Valle de San José	1	0,3%	13,9
Sucre	1	0,3%	13,6
Cerrito	1	0,3%	13,1
Cimitarra	4	1,2%	11,8
Villanueva	1	0,3%	10,9
Floridablanca	31	9,2%	9,8
Suaita	1	0,3%	9,7
Landazuri	1	0,3%	9,4
Barrancabermeja	21	6,2%	9,1
Simacota	1	0,3%	8,5
El Carmen de Chucuri	2	0,6%	8,0
Lebrija	4	1,2%	7,7
Barichara	1	0,3%	7,6
Curití	1	0,3%	6,8

MUNICIPIO	Casos	%	Incidencia
El Playón	1	0,3%	6,5
Puente Nacional	1	0,3%	6,5
Barbosa	2	0,6%	5,8
Puerto Wilches	2	0,6%	5,5
Rionegro	1	0,3%	3,7
Velez	1	0,3%	3,7
San Vicente de Chucuri	1	0,3%	2,8
SANTANDER	**338**	**100%**	**14,0**

Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

En el 48,2% con 163 casos de Intento de Suicidio son desencadenados por problemas familiares, seguidos por problemas de pareja con el 21,9% con 74 casos.

Factores desencadenantes del Intento de Suicidio, Santander, semanas epidemiológicas 01- 12, 2026pr.

Desencadenante	N° casos	%
Problemas familiares	163	48,2%
Pro. Pareja	74	21,9%
Escolar/edu	27	8,0%
Maltrato F.P.S	25	7,4%
Prob económico	22	6,5%
Enferm. Crónica	17	5,0%
Pro. Legal	16	4,7%
Muerte de fam.	13	3,8%
Suic famil Amigo	6	1,8%
Total	**363**	

Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

***Nota:** Los casos reportados al SIVIGILA pueden tener más de un factor desencadenante, por lo que un mismo caso puede aparecer en varias categorías. lo que explica que el total porcentual supere el 100%.

En el Departamento de Santander se describen las características sociodemográficas en la siguiente tabla.

Comportamiento demográfico y social de los casos de Intento de suicidio, Santander, semanas epidemiológicas, 01- 12 2026pr.

Variables		N° casos	%	P. Incidencia
Sexo	Femenino	215	63,6%	17,52
	Masculino	123	36,4%	10,39
Área	Cabecera m/pal	302	89,3%	16,27
	Centros Poblados y Rural Disperso	36	10,7%	6,49
Tipo SS	Subsidiado	170	50,3%	14,68
	Contributivo	128	37,9%	11,54
	Excepcion & Especial	33	9,8%	45,29
	No asegurado	6	1,8%	SD
	Indeterminado	1	0,3%	SD
Rango de edad	5-9	2	0,6%	1,20
	10-14	46	13,6%	26,05
	15-19	102	30,2%	55,86
	20-29	97	28,7%	25,45
	30-39	39	11,5%	10,54
	40-49	25	7,4%	7,89
	50-59	9	2,7%	3,34
	60-69	11	3,3%	5,17
	70 y mas	7	2,1%	3,81
Total		**338**	**100%**	

Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

El mecanismo usado en la mayoría de los casos para Intento de Suicidio es la intoxicación con el 64,5% seguido de las lesiones con elementos cortopunzantes con el 23,7%. En los casos notificados al SIVIGILA, se utilizó simultáneamente más de un método.

Método utilizado Intento de Suicidio, Santander, semanas epidemiológicas 01-12, 2026pr.

Mecanismo	N° casos	%
Intoxicación	218	64,5%
Elem corto punz.	80	23,7%
Ahorcamiento	28	8,3%
Lanz. al vacío	15	4,4%
Lanz. vehículo	6	1,8%
Inmolación	2	0,6%
Arma de fuego	0	0,0%
Lanz agua	0	0,0%
Total	**349**	

Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

***Nota:** Los casos reportados al SIVIGILA pueden tener más de un factor desencadenante, por lo que un mismo caso puede aparecer en varias categorías. lo que explica que el total porcentual supere el 100%.

2.10.2 Lesiones de Causas Externa

A Semana Epidemiológica 12 de 2026, no se han reportado casos en Sivigila.

2.10.3 Violencia de Género

A la S.E. 12 de 2026 se han notificado 1.575 casos, en la misma S.E en 2025 se habían notificado al SIVIGILA 1.405 casos de Violencia de genero e Intrafamiliar, lo que evidencia un incremento del 12,1%. Los Municipios que más aportan casos son los del área metropolitana.

La tasa de incidencia para Santander es de 65,3 casos por cada 100.000 habitantes. En la siguiente tabla se evidencian los Municipios con mayor incidencia de Violencia de género e intrafamiliar en el Departamento de Santander.

Casos notificados vs incidencia de Violencia de género e intrafamiliar por entidad territorial de procedencia, Santander, S.E 01-12, 2026pr.

Municipio	Casos	%	Incidencia
Matanza	20	1,3%	349,2
California	6	0,4%	236,6
Mogotes	25	1,6%	223,7
Palmas Socorro	6	0,4%	213,2
Gambita	8	0,5%	194,0
Onzaga	9	0,6%	186,8
Charta	6	0,4%	180,5
Vetas	3	0,2%	139,3
Cepita	3	0,2%	137,5
Landazuri	14	0,9%	131,7
Palmar	2	0,1%	129,2
Sabana de Torres	48	3,0%	125,0
Guapota	3	0,2%	112,5
Barrancabermeja	245	15,6%	106,3
Encino	3	0,2%	102,5
Enciso	4	0,3%	100,1
Puerto Parra	9	0,6%	98,3
Galan	3	0,2%	97,9
San Gil	67	4,3%	94,3
Malaga	21	1,3%	86,1

Municipio	Casos	%	Incidencia
El Playón	13	0,8%	85,0
Curití	12	0,8%	81,4
Lebrija	41	2,6%	78,7
Villanueva	7	0,4%	76,0
Hato	2	0,1%	74,5
Cimitarra	24	1,5%	71,0
Paramo	4	0,3%	70,6
Suaita	7	0,4%	68,0
Piedecuesta	131	8,3%	67,9
Surata	3	0,2%	65,7
Bucaramanga	396	25,1%	64,0
Giron	111	7,0%	62,5
Barichara	8	0,5%	60,8
Ocamonte	4	0,3%	60,3
Guaca	4	0,3%	58,6
Charalá	8	0,5%	57,5
Chipatá	3	0,2%	57,2
Aratoca	5	0,3%	56,5
Sucre	4	0,3%	54,2
Confines	2	0,1%	53,9
Aguada	1	0,1%	52,3
Los Santos	9	0,6%	52,1
Puente Nacional	8	0,5%	52,1
Floridablanca	156	9,9%	49,5
Guavatá	2	0,1%	46,3

Municipio	Casos	%	Incidencia
San Andrés	4	0,3%	45,6
San Vicente de Chucuri	15	1,0%	41,8
Valle de San José	3	0,2%	41,8
Macaravita	1	0,1%	40,4
San Joaquin	1	0,1%	39,0
Zapatoca	4	0,3%	38,8
San Miguel	1	0,1%	37,5
Santa Barbara	1	0,1%	37,5
Rionegro	10	0,6%	37,2
Florian	2	0,1%	35,1
Oiba	4	0,3%	34,4
Socorro	12	0,8%	32,3
Chima	1	0,1%	30,1
Jesús María	1	0,1%	29,2
Santa Helena del Opón	1	0,1%	28,8
Puerto Wilches	10	0,6%	27,4
Barbosa	9	0,6%	26,3
Tona	2	0,1%	23,5
Velez	6	0,4%	22,0
Guadalupe	1	0,1%	21,6
Molagavita	1	0,1%	21,0
Carcasí	1	0,1%	20,3
la paz	1	0,1%	19,7
El Peñón	1	0,1%	18,8
Güepsa	1	0,1%	17,7

Municipio	Casos	%	Incidencia
Coromoro	1	0,1%	17,3
Simacota	2	0,1%	17,0
Concepcion	1	0,1%	16,4
Pinchote	1	0,1%	16,2
Capitanejo	1	0,1%	15,8
Betulia	1	0,1%	14,5
Cerrito	1	0,1%	13,1
Bolivar	1	0,1%	8,6
El Carmen de Chucuri	2	0,1%	8,0
SANTANDER	**1575**	**100%**	**65,3**

Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

69 Municipios de Santander han reportado un caso de violencia en lo corrido del año. En el Departamento de Santander se describen las características sociodemográficas en la siguiente tabla.

Comportamiento demográfico y social de los casos de Violencia de género e intrafamiliar, Santander, semanas epidemiológicas 01- 12, 2026pr.

Variables		N° casos	%	P. Incidencia
Sexo	Femenino	1052	66,8%	85,7
	Masculino	523	33,2%	44,2
Área	Cabecera m/pal	1234	78,3%	66,5
	Centros Poblados y Rural Disperso	341	21,7%	61,5
Condición Final	Vivo	1574	99,9%	65,3
	Muerto	1	0,1%	0,0
Tipo SS	Subsidiado	1002	63,6%	86,5
	Contributivo	470	29,8%	42,4
	Excepcion & Especial	52	3,3%	71,4
	No asegurado	42	2,7%	SD
	Indeterminado	9	0,6%	SD
Total		**1575**	**100%**	

Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

En la siguiente tabla se describen el número de casos y la Incidencia de Violencia de Género e Intrafamiliar por sexo y rango de edad. La mayor incidencia en el sexo Masculino se presenta en el grupo de < 1 año; mientras que en el sexo Femenino dicha incidencia se encuentra en el grupo de 10-14 años.

N° Casos vs Incidencia de Violencia de género e intrafamiliar por rango de edad y sexo, Santander, semanas epidemiológicas 01- 12, 2026pr.

Rango de edad	Masculino	Femenino	Total	%	P.I Masculino	P.I Femenino
< 1 año	25	26	51	3,24%	168,55	184,95
1-4	97	110	207	13,14%	154,87	185,58
5-9	101	101	202	12,83%	118,05	124,81
10-14	112	200	312	19,81%	123,52	232,87
15-19	88	139	227	14,41%	93,89	156,30
20-29	15	161	176	11,17%	7,77	85,61
30-39	16	142	158	10,03%	8,67	76,52
40-49	10	67	77	4,89%	6,46	41,34
50-59	12	36	48	3,05%	9,36	25,47
60-69	16	24	40	2,54%	16,42	20,83
70 y mas	31	46	77	4,89%	39,69	43,47
Total	**523**	**1052**	**1575**	**100%**	**44,19**	**85,73**

Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

Con respecto a la modalidad **No sexual** es la Privación y negligencia con el 44% (691 casos) y una incidencia de 28,7 casos por cada 100.000 habitantes, seguido de la violencia física con un 33,8% (533 casos) y una incidencia de 22,1 casos por cada 100.000 habitantes. En cuanto a la modalidad **Sexual,** Los Actos sexuales con uso de la fuerza con el 5,8% (91 casos) y una incidencia de 3,8 casos por cada 100.000 habitantes y el Acceso carnal con el 4,7% (74 casos), una incidencia de 3,1 casos por cada 100.000 habitantes.

A continuación, se evidencia la tasa de incidencia por tipo de violencia.

Distribución de los tipos de Violencia, Santander, semanas epidemiológicas 01-12, 2026pr.

	Modalidad	Total	%	Incidencia
No sexual	Privación y negligencia	691	43,9%	28,7
	Violencia física	533	33,8%	22,1
	Violencia psicológica	73	4,6%	3,0
Sexual	Actos sexuales con uso de las fuerzas	91	5,8%	3,8
	Acceso Carnal	74	4,7%	3,1
	Acoso sexual	73	4,6%	3,0
	Otros actos sexuales	38	2,4%	1,6
	Explotación sexual comercial de niños y niñas y adolecentes	2	0,1%	0,1
	Abuso sexual	0	0,0%	0,00
	Trata de persona para la explotación sexual	0	0,0%	0,0
	Sin dato	0	0,0%	0,0
	Total	**1575**	**100%**	**65,3**

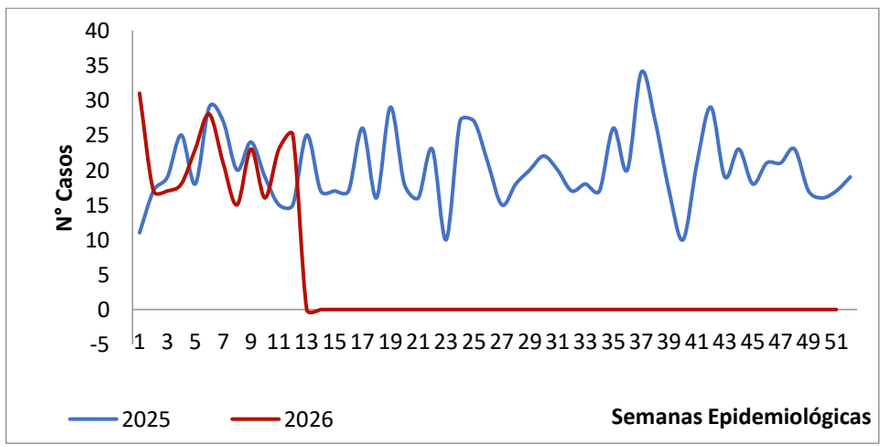
Fuente, SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.11MATERNIDAD SEGURA

2.11.1 Morbilidad Materna Extrema

A semana epidemiológica 12 de 2026, se han notificado al SIVIGILA 257 casos de morbilidad materna extrema (MME) (25 casos en la última semana). En el año 2025 se notificaron 239 casos al mismo periodo epidemiológico (15 casos en semana 12).

Notificación de morbilidad materna extrema, Santander, 2025-2026 a SE 12



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Según municipio de residencia, las razones más elevadas del evento MME se han presentado en Charala (250/1 000 Nacidos Vivos (NV)), seguido de Chipata (96,8 casos/1 000 NV) y Zapatoca (76,9 casos/1 000 Nacidos Vivos (NV)), El municipio con mayor número de casos es Bucaramanga con 54 casos; la razón para el municipio es de 12,6 casos/1 000 NV. Para el departamento, la razón obtenida fue de 16,1 casos/1 000 NV.

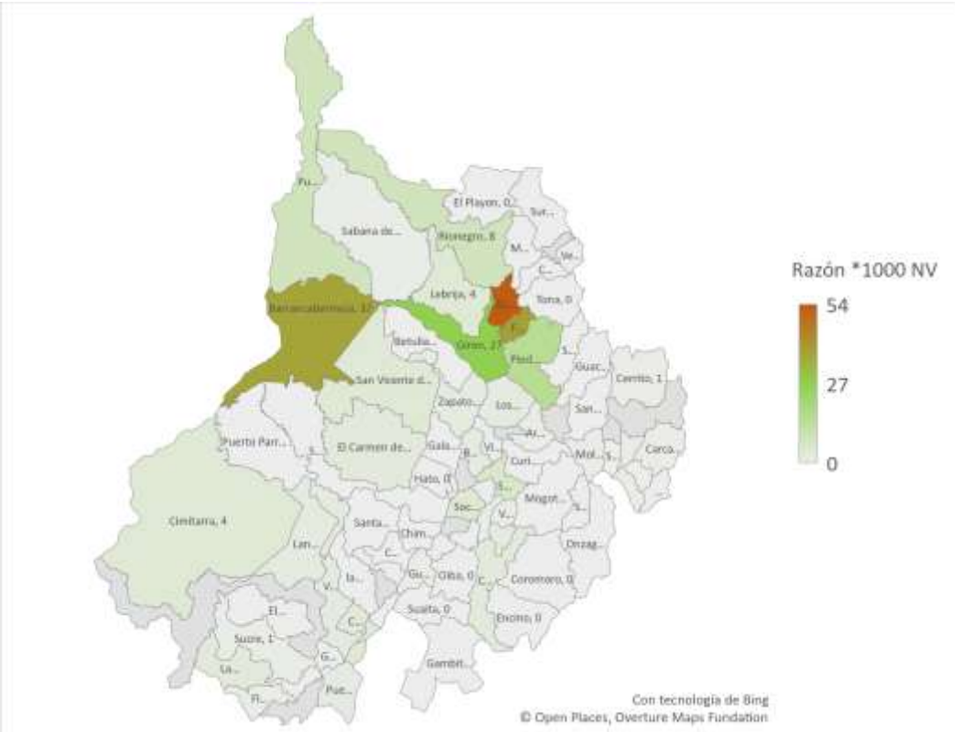
Morbilidad Materna Extrema por entidad territorial de residencia, Santander, 2026 a SE 12

Municipio	Casos	Razón x 1000 NV
Florián	1	20,8
Capitanejo	1	47,6
Cimitarra	4	12,7
Barichara	2	52,6
El Carmen de Chucuri	3	47,6
Chipata	3	96,8
Zapatoca	2	76,9
Aratoca	1	41,7
Sabana de Torres	1	0,0
Cerrito	1	3,6
California	1	37,0
Málaga	2	74,1

Vélez	2	20,4
Paramo	1	0,0
Sucre	1	0,0
La Belleza	3	24,4
Charala	3	250,0
Carcasi	1	43,5
Enciso	1	33,3
Puerto Wilches	8	27,0
Puente Nacional	2	20,8
San Gil	6	19,7
Valle de San José	1	0,0
San Vicente de Chucuri	4	24,0
Ocamonte	2	31,2
Landazuri	2	27,4
Albania	0	0,0
Bucaramanga	54	12,6
Betulia	0	0,0
Barbosa	4	17,0
Girón	27	17,0
Piedecuesta	15	10,9
Floridablanca	38	17,6
Molagavita	1	0,0
Rionegro	8	39,7
Socorro	4	17,9
Lebrija	4	9,9
Los Santos	2	14,2
Guadalupe	1	16,4
Barrancabermeja	37	14,1
Guepsa	3	26,0

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Morbilidad Materna Extrema por entidad territorial de residencia, Santander, 2026 a SE 12



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Durante el período de estudio se notificaron 257 casos de morbilidad materna extrema, evidenciando importantes desigualdades en su distribución. Aunque las cabeceras municipales concentran el mayor número absoluto de casos (202; 78,6%), son los centros poblados los que presentan el riesgo más elevado con una razón de 30,61 casos por cada 1.000 nacidos vivos, superando ampliamente a las cabeceras (22,88) y al área rural dispersa (18,98). En cuanto al aseguramiento, si bien el régimen subsidiado aporta la mayoría de los casos (147; 57,2%). Por grupos de edad, la mayor carga de morbilidad se concentra en mujeres de 20 a 29 años (49,4%), al observar la razón más elevada es para el grupo de edad de 30-39 años (25,89).

Características sociodemográficas de casos de Morbilidad Materna Extrema, Santander, 2026 a SE 12

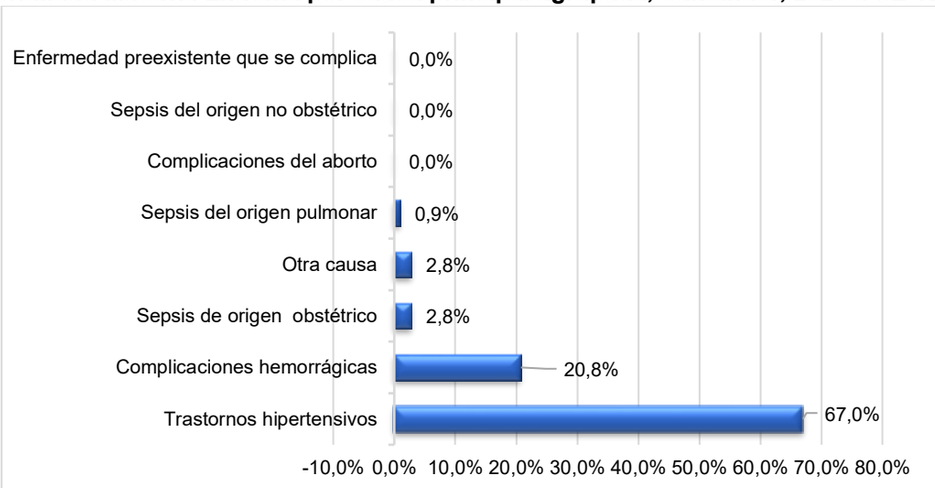
Variables		N° casos	%	Razón (X 1.000 NV)
Area	Cabecera m/pal	202	78,6%	22,88
	Rural Disperso	43	16,7%	18,98
	Centro Poblado	12	4,7%	30,61
Tipo SS	Subsidiado	147	57,2%	26,45
	Contributivo	86	33,5%	16,31
	No asegurado	12	4,7%	24,10
	Excepción	10	3,9%	62,89
Rango de edad	15-19	35	13,6%	22,60
	20-29	127	49,4%	20,92
	30-39	89	34,6%	25,89

40-49	6	2,3%	16,09
Total	**257**		

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Por causas agrupadas de MME, la mayor proporción corresponde a trastornos hipertensivos (67%), seguido de complicaciones hemorrágicas (20,8%) y sepsis de origen obstétrico (2,8%).

Morbilidad Materna Extrema por causa principal agrupada, Santander, 2026 a SE 12

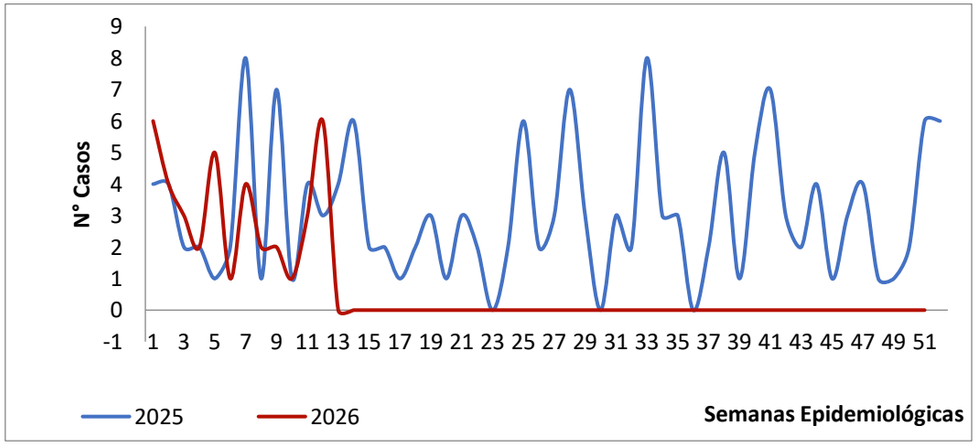


Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

1.1.1 Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía

A semana epidemiológica 12 de 2026 se han notificado al SIVIGILA 41 casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT) (se notificaron 6 casos en la última semana). En el año 2025 al mismo periodo epidemiológico se notificaron 39 casos de MPNT (2 casos en semana 12).

Notificación de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía, Santander, 2025-2026 a SE 12



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

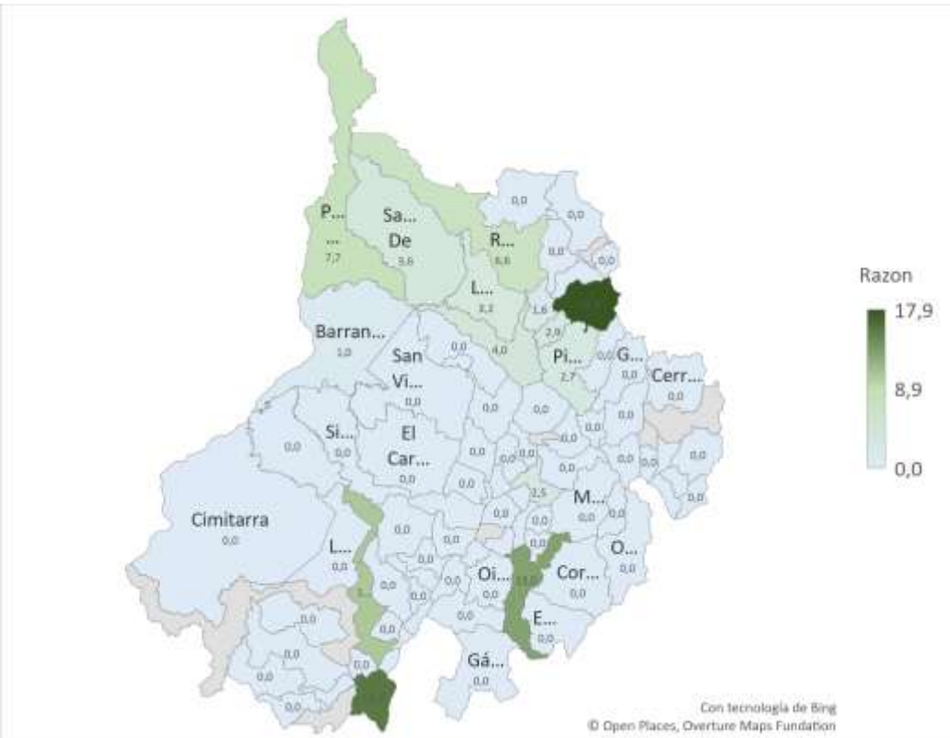
La razón más elevada de MPNT teniendo en cuenta la residencia de la madre, se ha presentado en Tona (1000 casos/1 000 NV), seguido por Puente Nacional(17,9 casos/1 000 NV). El mayor número de casos se ha presentado en Bucaramanga con 8 casos; la razón para el municipio es de 0,9 casos/1 000 NV. La razón de MPNT para Santander es de 4,33 casos/1 000 NV.

MPNT por entidad territorial de residencia, Santander, 2026 a SE 12

Municipio	Casos	%	Nacidos Vivos	Razón
Capitanejo	1	2,6%	7	142,9
Tona	1	2,6%	1	1000,0
Puente Nacional	1	2,6%	2	500,0
Charala	1	2,6%	8	125,0
Vélez	1	2,6%	385	2,6
Puerto Wilches	2	5,1%	28	71,4
Rionegro	1	2,6%	4	250,0
San Gil	2	5,1%	1015	2,0
Girón	6	15,4%	22	272,7
Sabana de Torres	1	2,6%	35	28,6
Lebrija	1	2,6%	17	58,8
Floridablanca	7	17,9%	4463	1,6
Barrancabermeja	4	10,3%	2936	1,4
Bucaramanga	8	20,5%	8550	0,9
Piedecuesta	4	10,3%	200	20,0

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

MPNT por entidad territorial de residencia, Santander, 2026 a SE 12



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

A la semana epidemiológica 12 de 2026, la proporción más elevada de MPNT se ha registrado en el sexo masculino, con un 66,7%. Según el área de residencia, la mayor proporción corresponde a la cabecera municipal, con un 92,4%. En cuanto al tipo de aseguramiento, el régimen subsidiado presenta la proporción más alta, con un 48,7%. Por grupos de edad de la madre, el grupo de 20 a 29 años concentra la proporción más elevada, con un 35,9%.

Características sociodemográficas de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Santander, 2026 a SE 12

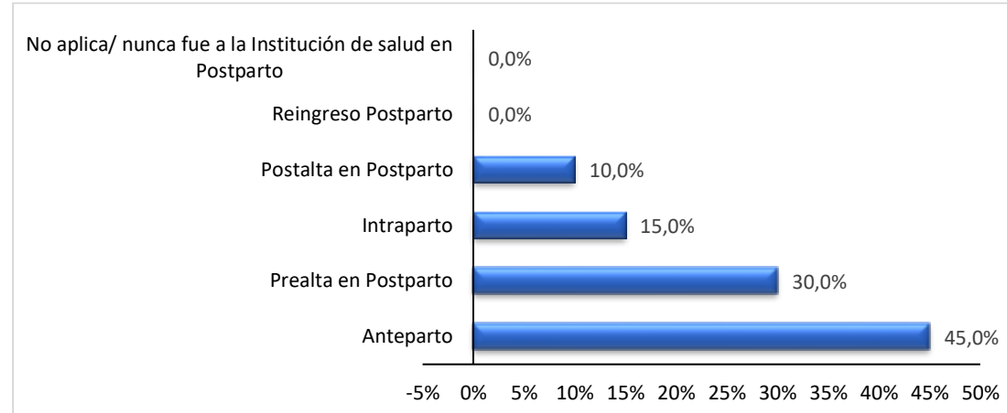
Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	26	66,7%
	Femenino	13	33,3%
	Indeterminado	2	5,1%
Area	Cabecera m/pal	40	92,4%
	Rural Disperso	1	2,6%
	Centro Poblado	0	0%
Tipo SS	Subsidiado	19	48,7%
	Contributivo	14	35,9%
	No asegurado	5	12,8%
	Excepción	3	7,7%
Rango de edad	10-14	0	,0%

15-19	11	28,2%
20-29	15	35,9%
30-39	14	35,9%
40-49	1	2,6%
Total	**33**	

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Según el momento de ocurrencia de la mortalidad, el 45% de los casos de MPNT corresponde a muertes ocurridas anteparto, 30% corresponde a muertes prealta postparto y el 13,5% muertes ocurridas en el postalta postparto

Momento de ocurrencia de la Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía respecto al parto, Santander, 2026 a SE 12



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

Dentro de las causas básicas de MPNT la insuficiencia renal congénita, asfixia del nacimiento-severa, fracaso de la inducción medica del trabajo de parto son las que representan mayor proporción de casos.

MATRIZ BABIES A SE 12

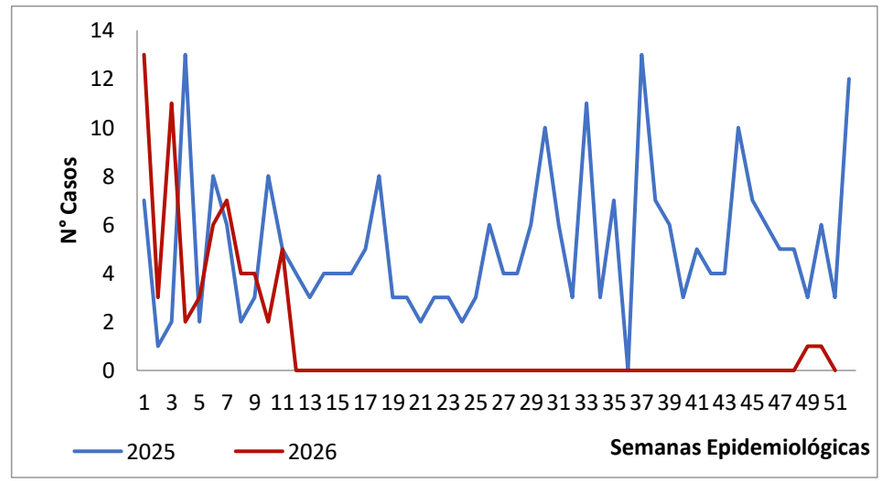
GRUPO DE PESO EN GRAMOS	MOMENTO DE OCURRENCIA				TOTAL MUERTES
	FETALES > 22 SEMANAS		NEONATAL		
	FETALES ANTEPARTO	FETALES INTRAPARTO	NEONATALES TEMPRANAS	NEONATALES TARDIAS	
Menor de 1000	7	5	3	4	19
De 1000 a 1499	1	3	6	2	12
De 1500 a 2499	3	0	1	1	5
De 2500 a 3999	2	0	2	1	5
4000 y más	0	0	0		0
Total general	**13**	**8**	**12**	**8**	41

La matriz BABIES presentada permite analizar la distribución de las 41 muertes perinatales según el grupo de peso al nacer (como proxy de la edad gestacional) y el momento de ocurrencia (muerte fetal anteparto, muerte fetal intraparto, muerte neonatal temprana o muerte neonatal tardía). Se observa que el mayor número de muertes se concentra en el grupo de menor peso (menor de 1000 gramos), con 19 casos, predominando las muertes fetales anteparto (7) y las neonatales tempranas (4). En el grupo de 1000 a 1499 gramos se registraron 12 muertes, con mayor frecuencia de neonatales tempranas (6). Los grupos de mayor peso (1500 a 3999 gramos) presentan cifras menores, con 5 muertes cada uno. No se registraron muertes en el grupo de 4000 gramos o más. Esta matriz evita la doble contabilidad y facilita identificar hacia dónde dirigir intervenciones preventivas, priorizando la atención de los fetos y recién nacidos de muy bajo peso.

1.1.2 Defectos Congénitos

A semana epidemiológica 12 de 2026, se han notificado al SIVIGILA 66 casos de defectos congénitos (3 casos en la última semana). Para el año 2025 a semana epidemiológica 06 se notificaron 61 casos a SIVIGILA (8 casos en semana 12)

Notificación de casos defectos congénitos, Santander, 2025-2026 a SE 12



Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

La prevalencia más elevada de defectos congénitos se ha presentado en Santa Barbara (10000 casos/10.000 NV), Guavata (10000 casos/10.000 NV) y Puente Nacional (15000/10.000 NV). La prevalencia del evento en Santander es de 34,67 casos/10 000 NV.

Defectos congénitos por entidad territorial de residencia, Santander, 2026 a SE 12

Municipio	Casos	%	Nacidos vivos	Prevalencia x 10000
Santa Bárbara	1	1,52%	1	10000,00
Guavata	1	1,52%	1	10000,00
Puente Nacional	3	4,55%	2	15000,00
Bolívar	2	3,03%	5	4000,00
Barbosa	8	12,12%	1	80000,00
La Belleza	1	1,52%	3	3333,33
San Gil	7	10,61%	1015	68,97
Puerto Parra	1	1,52%	9	1111,11
Villanueva	1	1,52%	2	5000,00
Landazuri	1	1,52%	2	5000,00
Lebrija	4	6,06%	17	2352,94
El Carmen de Chucuri	1	1,52%	11	909,09
Puerto Wilches	2	3,03%	28	714,29
San Vicente de Chucuri	1	1,52%	15	666,67
Girón	5	7,58%	22	2272,73
Sabana de Torres	1	1,52%	35	285,71
Bucaramanga	13	19,70%	8550	15,20
Floridablanca	5	7,58%	4463	11,20
Barrancabermeja	5	7,58%	2936	17,03
Piedecuesta	1	1,52%	200	50,00

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

A semana epidemiológica 12 de 2025 la proporción de defectos congénitos más elevada se ha presentado en el sexo masculino con 52,5%. Según el área de residencia, la proporción más elevada se ha presentado en cabecera municipal con el 86,9%. La condición final vivo se registró en el 96,7% de los casos. La proporción más elevada del evento se observa en el régimen subsidiado con 59%.

Características sociodemográficas de casos de Defectos congénitos, Santander, 2026 a SE 12

Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	32	48,5%
	Femenino	34	51,5%
Área	Cabecera m/pal	53	80,3%
	Rural Disperso	12	18,2%
	Centro Poblado	1	1,5%

Condición Final	Vivo	63	123,5%
	Muerto	3	4,5%
	No sabe	0	0,0%
Tipo SS	Subsidiado	20	30,3%
	Contributivo	30	45,5%
	Especial	15	22,7%
	Excepción	1	1,5%
Total		**66**	

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

El análisis de los defectos congénitos reportados muestra que las cardiopatías congénitas constituyen el grupo más relevante, encabezado por el **defecto del tabique ventricular** (8 casos), seguido por el **conducto arterioso permeable** (5 casos) y el **defecto del tabique auricular** (4 casos). Otras malformaciones cardíacas como la hipoplasia del corazón derecho, la conexión anómala total de venas pulmonares y la estenosis de válvula pulmonar también se presentaron, aunque con menor frecuencia (2 casos cada una). Fuera del grupo cardiovascular, destacan la **atresia de esófago con fístula traqueoesofágica** (4 casos), las **deformidades congénitas de la cadera** (8 casos sumando sus diferentes especificaciones), la **hernia diafragmática congénita** (3 casos), el **síndrome de Down** (3 casos) y la **gastrosquisis** (2 casos). La presencia de múltiples defectos con un solo caso cada uno sugiere una alta diversidad de anomalías, lo que orienta hacia la necesidad de estudios genéticos y ecografías morfológicas detalladas.

Defectos Congénitas	Casos
DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR	8
CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE	5
DEFECTO DEL TABIQUE AURICULAR	4
ATRESIA DEL ESOFAGO CON FISTULA TRAQUEOESOFAGICA	4
CADERA INESTABLE	3
OTRAS DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA CADERA	3
HERNIA DIAFRAGMATICA CONGENITA	3
SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO	3
MICROTIA	2
MALFORMACION CONGENITAS DE LAS CAMARAS CARDIACAS Y SUS CONEXIONES, NO ESPECIFICADA	2
ESTENOSIS CONGENITA DE LA VALVULA PULMONAR	2
SINDROME DE HIPOPLASIA DEL CORAZON DERECHO	2
CONEXIÓN ANOMALA TOTAL DE LAS VENAS PULMONARES	2
DEFORMIDAD CONGENITA DE LA CADERA, NO ESPECIFICADA	2
POLIDACTILIA, NO ESPECIFICADA	2
CRANEOSINOSTOSIS	2
GASTROSQUISIS	2
MALFORMACIONES CONGENITAS MULTIPLES, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	2

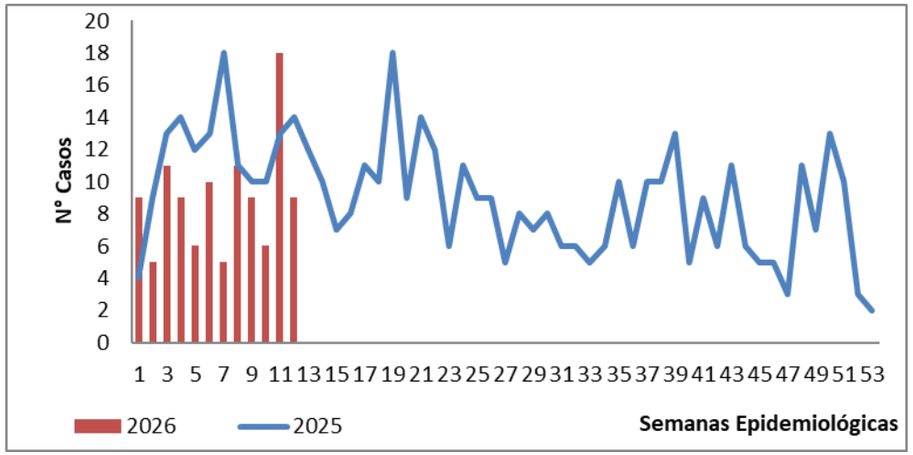
ENCEFALOCELE, NO ESPECIFICADO	1
MALFORMACION CONGENITA DEL SISTEMA NERVIOSO, NO ESPECIFICADA	1
VENTRICULO CON DOBLE ENTRADA	1
ESTENOSIS CONGENITA DE LA VALVULA AORTICA	1
INSUFICIENCIA CONGENITA DE LA VALVULA AORTICA	1
INSUFICIENCIA MITRAL CONGENITA	1
COARTACION DE LA AORTA	1
OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL PULMON	1
LABIO LEPORINO, BILATERAL	1
LABIO LEPORINO, LINEA MEDIA	1
LABIO LEPORINO, UNILATERAL	1
FISURA DEL PALADAR BLANDO CON LABIO LEPORINO UNILATERAL	1
AUSENCIA, ATRESIA Y ESTENOSIS CONGENITA DEL ANO, SIN FISTULA	1

Fuente: SIVIGILA. Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.9.3 Desnutrición en menores de 5 años

A semana epidemiológica 12 de 2026, se han notificado al SIVIGILA 108 casos de DNT en menores de 5 años (9 casos en la última semana). En el año 2025 se notificaron 141 casos al mismo periodo epidemiológico (14 casos en semana 12). Semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, adicionalmente las estadísticas son variables en consideración a los ajustes realizados.

Notificación de DNT en menores de 5 años, Santander, SE 01-12- 2026-2025



Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

Según residencia, la mayor prevalencia de desnutrición aguda moderada y severa por cada 100 menores de 5 años se presenta en Galan con 1,47 casos/100 menores de 5 años, Guapota con 0.68 casos/100 menores de 5 años, Landazuri con 0,43 casos /100 menores, San Andrés con 0,42 casos/100 menores de 5 años, Bolivar con 0,31 casos/ 100 menores de 5 años, El peñón con 0,26 casos/100 menores de 5 años. El municipio con mayor número de casos es Barrancabermeja con 21 casos, la prevalencia para el municipio es de 0,13 casos por cada 100 menores de 5 años respectivamente. La prevalencia para Santander es de 0,07 casos por cada 100 menores de 5 años.

Casos notificados de DNT en menores de 5 años por entidad territorial de residencia, Santander, SE 01-12, 2026

MUNICIPIO	Casos	%	Prevalencia x 100 menores de 5 años
Galan	3	2,78%	1,47
Guapota	1	0,93%	0,68
Landazuri	1	0,93%	0,43
San Andres	2	1,85%	0,42
Cerrito	2	1,85%	0,38
Bolivar	2	1,85%	0,31
El Penon	1	0,93%	0,26
Villanueva	1	0,93%	0,19
Barbosa	4	3,70%	0,18
Bucaramanga	24	22,22%	0,07
Floridablanca	13	12,04%	0,07
Giron	7	6,48%	0,06
Piedecuesta	5	4,63%	0,04
Lebrija	6	5,56%	0,17
Rionegro	1	0,93%	0,06
Santander	**108**	**100%**	**0,07**

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026

El 53,70% de los casos se presentó en el sexo masculino, el 75,00% de los casos se registró en cabecera municipal; el 75,00% de los casos se registraron en el régimen subsidiado; el 71,30% de los casos se presentó en el grupo de edad de 1 a 4 años.

Características socio demográficas de casos de DNT en menores de 5 años por Municipio, Santander, SE 01-12, 2026

Variables		N° casos	%
Sexo	Masculino	58	53,70%
	Femenino	50	46,30%
Área	Cabecera m/pal	81	75,00%
	Rural Disperso	27	25,00%
Condicion Final	Vivo	108	100,00%
	Muerto	0	0,00%
Tipo SS	Subsidiado	81	75,00%
	Contributivo	20	18,52%
	No asegurado	4	3,70%
	Excepcion	3	2,78%
	Especial	0	0,00%
	Indeterminado	0	0,00%
Rango de edad	< 1 año	31	28,70%
	1-4	77	71,30%
Total	**108**		

Fuente, Sivigila, Secretaría de Salud de Santander, 2026

2.10 VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN MENORES DE CINCO AÑOS

Santander a semana 12 del 2026 se han reportado 5 muertes probables en menores de cinco años (0) por desnutrición aguda moderada o severa, (1) Enfermedad Diarreica aguda y (4) Infección respiratoria aguda de residencia en el departamento.

Unidades de análisis desarrolladas mortalidad en menor de cinco años por IRA, EDA o DNT, Santander a S.E 01-12 de 2026

Nombre del evento	Probables	Confirmados	Analizados No concluyentes	Descartados	Total Notificados	% Analizados
DNT	0	0	0	0	0	0%
IRA	1	0	1	2	4	75%
EDA	0	1	0	0	1	100%

Fuente: Sivigila. Secretaría de Salud Santander, 2026

Lo anterior, corresponde a un caso de paciente residente en el municipio de San Andrés, Santander, la cual fue confirmado por Unidad de análisis (UA).

Por medio de unidad de análisis, dos (2) casos notificados por IRA, correspondientes al municipio de Bucaramanga, un caso se describe como analizado no concluyente, teniendo en cuenta que uno corresponde por línea de tiempo al país de Venezuela (caso extranjero) con mortalidad en vivienda y el otro caso, descartado, corresponde a paciente con antecedente de inmunodeficiencia congénita.

Se realiza el descarte de un caso notificado en el municipio de Piedecuesta por IRA, el cual no cumple con criterio para realizar unidad de análisis, lo anterior dado que no aplica para evento en interés en salud pública.

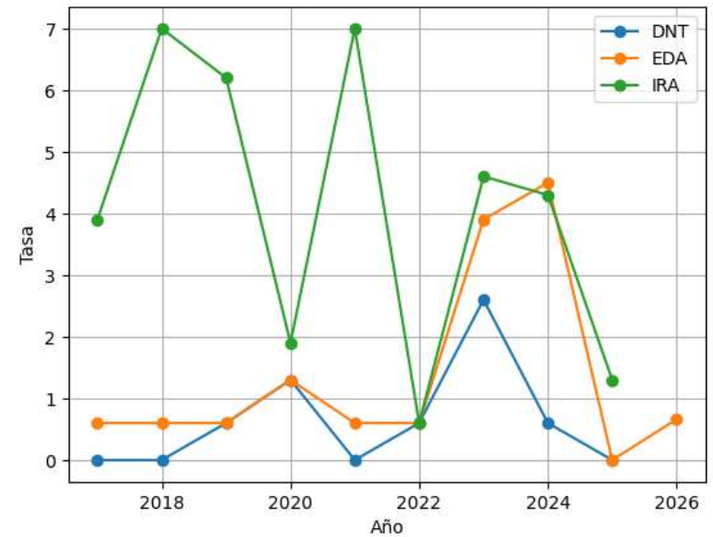
Esta pendiente un caso notificado por IRA, del municipio de concepción en realizar UA.

Características socio demográficas de casos de Mortalidad en menores de 5 años por IRA, EDA O DNT en Santander, SE 01-12, 2026

Variables		N° casos	%
Causas de Muerte	DNT	0	0.00
	EDA	1	100.00
	IRA	0	0.00
Sexo	Femenino	1	100.00
	Masculino	0	0.00
Área	Cabecera m/pal	1	100.00
	Rural disperso	0	0.00
Tipo SS	Subsidiado	1	100.00
	Contributivo	0	0.00
Grupo de edad	< 1 año	1	100.00
	1 año	0	0.00
	2 años	0	0.00
	3 años	0	0.00
	4 años	0	0.00
Total	**1**		

Fuente, Sivigila, Secretaría de Salud de Santander, 2026

TASA DE MORTALIDAD POR EVENTO MORTALIDAD IRA, EDA O DNT EN MENORES DE 5 AÑOS, SANTANDER 2017-2026.



La gráfica muestra la evolución temporal de la mortalidad infantil por tres eventos trazadores: Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y Desnutrición (DNT). En términos generales, se observa un comportamiento fluctuante, de baja frecuencia absoluta, compatible con eventos poco comunes donde pequeños cambios en el número de defunciones producen variaciones importantes en la tasa.

Infección Respiratoria Aguda (IRA)

La IRA presenta históricamente las tasas más altas entre los tres eventos, con picos importantes en 2018 y 2021 (≈7 por 100.000), lo que sugiere periodos de mayor circulación de virus respiratorios o incremento en la vulnerabilidad poblacional. Posteriormente se observa una disminución marcada en 2022, seguida de un repunte moderado en 2023–2024 y nuevamente descenso en 2025. Este patrón es compatible con:

- Variabilidad estacional y epidémica de los virus respiratorios
- Impacto de intervenciones sanitarias (vacunación, medidas post-pandemia)
- Cambios en acceso oportuno a atención

En conjunto, la IRA continúa siendo el principal contribuyente a la mortalidad prevenible en este grupo etario.

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

La mortalidad por EDA muestra niveles bajos durante la mayor parte del periodo, con un aumento notable en 2023–2024 (≈4–4,5 por 100.000), seguido de una reducción abrupta a cero en 2025 y un valor muy bajo en 2026 (0,66 por 100.000, equivalente a una sola defunción).

Este comportamiento sugiere:

- Episodios puntuales o brotes localizados en los años de mayor tasa
- Mejoras posteriores en acceso a hidratación, atención o condiciones sanitarias
- En 2026, un patrón de evento aislado sin señal epidemiológica de incremento

Desnutrición (DNT)

La mortalidad por desnutrición se mantiene en valores bajos, con algunos incrementos discretos (especialmente en 2023), lo que podría reflejar:

- Casos asociados a condiciones sociales específicas
- Subpoblaciones vulnerables
- Interacción con otras enfermedades infecciosas

La tendencia posterior es descendente, alcanzando valores cercanos a cero en los años más recientes.

2.12 INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (IAAS)

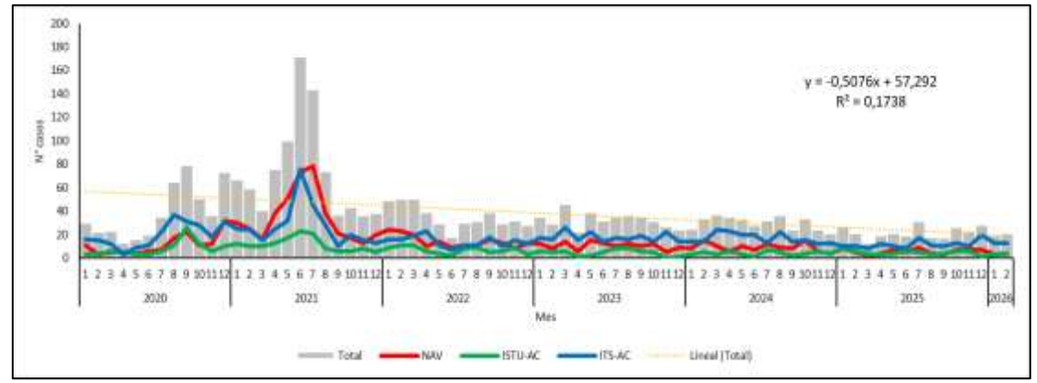
2.12.1 INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS (IAD)

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2026, se han notificado al SIVIGILA 40 casos de Infecciones asociadas a dispositivos a diferencia del año 2025 donde se presentaron 54 casos, lo cual representa un decremento de -26%.

El comportamiento de las Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) durante el periodo 2020–2026 evidencia una variación temporal asociada al contexto epidemiológico de la pandemia por COVID-19. Durante 2020 y especialmente en 2021 se observa un incremento significativo de los casos, con el mayor pico entre los meses mayo y julio de 2021, periodo en el cual se registra el mayor número de eventos reportados, principalmente de neumonía asociada a ventilación (NAV) e infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC). Este incremento se relaciona con la mayor presión sobre los servicios hospitalarios, la expansión de camas UCI y el uso intensivo de dispositivos invasivos en pacientes críticos durante los picos de la pandemia. A partir de 2022 se evidencia una disminución y estabilización progresiva de los casos, manteniéndose un comportamiento relativamente constante durante 2023, 2024 y 2025, con predominio de ITS-AC y menores registros de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC). La línea de tendencia del total de casos presenta la ecuación $y = -0{,}5076x + 57{,}292$, lo que indica una tendencia general decreciente en el tiempo, con una reducción aproximada de 0,5 casos por periodo, mientras que el coeficiente de determinación $R^2 = 0{,}1738$ sugiere que cerca del 17% de la variabilidad observada en el número de casos puede explicarse por esta tendencia temporal, evidenciando que, aunque existe una disminución global, el comportamiento aún presenta fluctuaciones asociadas a factores epidemiológicos y operativos del sistema de salud.

Semanalmente el número de casos registrados se revisa debido a la notificación tardía del evento, ajustes y a depuración por calidad del dato.

Tendencia de casos de Infecciones Asociadas a Dispositivos notificados en Santander, por mes años 2020 a febrero 2026

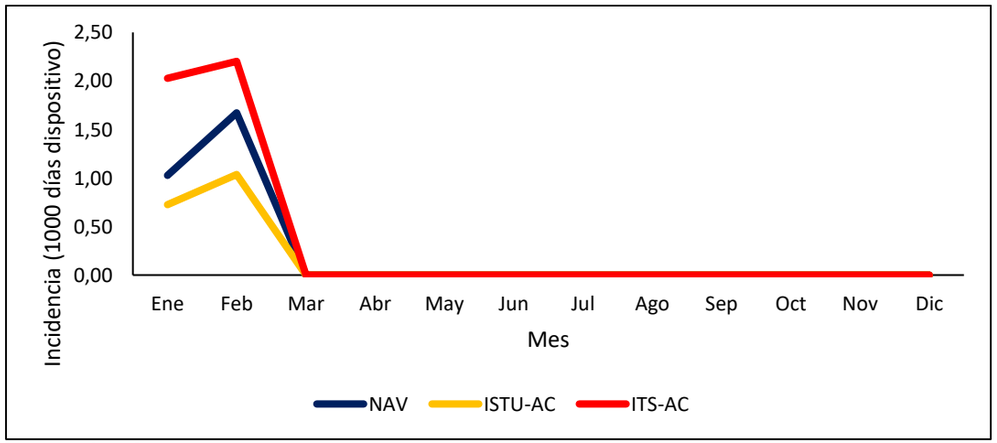


Fuente: SIVIGILA WEB
*NAV: Neumonías asociadas a ventilador
*ITS-AC: Infecciones de torrente sanguíneo asociadas a catéter central
*ISTU-AC: Infecciones sintomáticas de tracto urinario asociadas a Catéter

Durante los meses de enero y febrero de 2026, la incidencia de Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) por 1.000 días-dispositivo evidencia una tendencia al incremento en los tres eventos analizados. Para NAV, la tasa pasó de 1,03 en enero a 1,67 en febrero, mostrando un aumento significativo que sugiere posible incremento en factores de riesgo o en la exposición a ventilación mecánica. De igual forma, la ISTU-AC aumentó de 0,72 a 1,04, evidenciando una variación importante en las infecciones urinarias asociadas a catéter. Por su parte, la ITS-AC presentó un comportamiento más estable, aunque también en ascenso, pasando de 2,03 a 2,20, manteniéndose como el evento con mayor incidencia. En conjunto, se observa una tendencia creciente que requiere seguimiento y fortalecimiento de las medidas de prevención y control. Es importante tener en cuenta que la información del mes

de marzo aún no se encuentra disponible para análisis, dado que el reporte se realiza de manera retrospectiva y el plazo máximo de notificación es hasta el 13 de abril.

Tasa de incidencia (X 1000 días dispositivo) por mes y tipo de las Infecciones Asociadas a Dispositivos, Santander.



Fuente: SIVIGILA WEB

El análisis de las Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) por tipo de UCI evidencia que el sexo masculino concentra la mayor proporción de casos (60%), especialmente en ITS-AC en UCI adulto (18%) y UCI neonatal (18%), mientras que en el sexo femenino (40%) la distribución es más homogénea, con mayor participación en ITS-AC pediátrica (15%). En cuanto al régimen de aseguramiento, predomina el subsidiado (50%), seguido del contributivo (38%), lo que sugiere una mayor carga de IAD en población con condiciones socioeconómicas más vulnerables; el régimen de excepción (10%) y especial (3%) presentan menor participación, y no se registran casos en población no asegurada. Por tipo de servicio, la UCI adulto concentra la mayor frecuencia de eventos en los tres tipos de IAD, particularmente ITS-AC, seguida de la UCI neonatal donde destacan las ITS-AC, y en menor proporción la UCI pediátrica. Respecto a la condición final, la mayoría de los casos egresan vivos (83%), aunque se registra una letalidad del 18%, principalmente asociada a NAV en UCI adulto y eventos en UCI neonatal, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, control de infecciones y vigilancia en los servicios críticos, especialmente en población masculina y afiliada al régimen subsidiado.

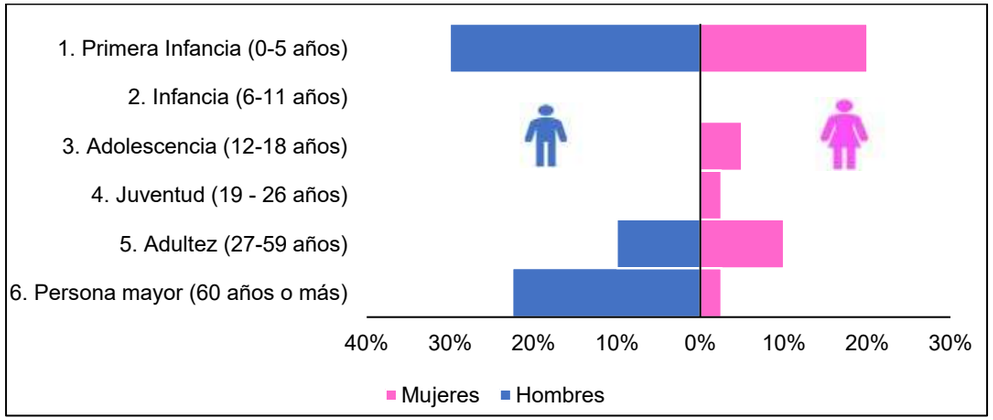
Comportamiento Social y Demográfico de los casos de IAD en UCI Santander, semanas epidemiológicas 1-12, año 2026

Variable	Categoría	UCI-Adulto						UCI-Pediatrico						UCI-Neonatal				Total	%
		NAV	%	ISTU-AC	%	ITS-AC	%	NAV	%	ISTU-AC	%	ITS-AC	%	NAV	%	ITS-AC	%		
Sexo	Femenino	1	3%	3	7,5%	3	8%	1	2,5%	1	2,5%	6	15%	1	2,5%	0	0%	16	40%
	Masculino	2	5%	3	7,5%	7	18%	0	0,0%	0	0,0%	3	8%	2	5,0%	7	18%	24	60%
Régimen de Seguridad Social	Contributivo	0	0%	3	7,5%	3	8%	0	0,0%	1	2,5%	4	10%	3	7,5%	1	3%	15	38%
	No Asegurado	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0%
	Especial	0	0%	0	0,0%	1	3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0%	1	3%
	Excepción	1	3%	0	0,0%	3	8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0%	4	10%
	Subsidiado	2	5%	3	7,5%	3	8%	1	2,5%	0	0,0%	5	13%	0	0,0%	6	15%	20	50%
Condición Final	Vivo	1	3%	6	15,0%	8	20%	1	2,5%	1	2,5%	9	23%	2	5,0%	5	13%	33	83%
	Muerto	2	5%	0	0,0%	2	5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%	1	2,5%	2	5%	7	18%

Fuente: SIVIGILA WEB

A semana epidemiológica 12 de 2026 en Santander, el análisis de las Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) por ciclo de vida evidencia una mayor concentración de casos en los extremos de la vida. La primera infancia (0–5 años) presenta el mayor número de casos con 20 en total (12 hombres: 30% y 8 mujeres: 20%), seguida de las personas mayores de 60 años con 10 casos (9 hombres: 23% y 1 mujer: 3%), lo que refleja mayor vulnerabilidad en estos grupos etarios. En la adultez (27–59 años) se registran 8 casos distribuidos equitativamente entre hombres y mujeres (10% cada uno), mientras que en la adolescencia (12–18 años) y juventud (19–26 años) la frecuencia es baja, con predominio femenino (5% y 3%, respectivamente). No se reportan casos en el grupo de infancia (6–11 años). En conjunto, se evidencia un predominio del sexo masculino en la carga total de IAD, especialmente en primera infancia y adultos mayores, lo que sugiere la necesidad de focalizar acciones de prevención y control en estos grupos de mayor riesgo dentro de los servicios de atención en salud.

Porcentaje de casos de IAD según sexo y grupo de edad. Santander semanas epidemiológicas 1-12, año 2026



Fuente: SIVIGILA WEB

El análisis de las Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) por tipo de UCI, tipo de infección y microorganismo evidencia que, aunque se registran 47 aislamientos microbiológicos, estos corresponden a 40 casos debido a la presencia de pacientes polimicrobianos; la mayor carga se concentra en la UCI adulto (23 aislamientos), seguida de la UCI pediátrica (13) y la UCI neonatal (11), con predominio de las ITS-AC en los tres servicios, seguidas de las ISTU-AC y en menor proporción las NAV, incluyendo 7 casos confirmados por clínica. En cuanto a los agentes etiológicos, *Klebsiella pneumoniae* es el principal microorganismo (28%), con presencia en todas las UCI y mayor frecuencia en adulto, especialmente en infecciones urinarias y del torrente sanguíneo, seguido de *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa* (10% cada uno), mientras que se destaca la presencia de *Candida auris* (8%) por su importancia epidemiológica; adicionalmente, microorganismos como *Serratia marcescens, Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis* (8% cada uno) muestran distribución en diferentes servicios, siendo relevante este último en UCI neonatal, lo que en conjunto refleja una mayor carga en UCI adulto, predominio de infecciones del torrente sanguíneo y diversidad microbiológica con presencia de patógenos de interés en resistencia, lo que requiere fortalecer las medidas de prevención, control de infecciones y uso racional de antimicrobianos.

Agentes causales asociados a IAD en unidades de cuidado intensivo, Santander, semanas epidemiológicas 1-12, año 2026

Migroorganismo	UCI ADULTO			TOTAL UCI ADULTO	UCI PEDIATRICA			TOTAL UCI PEDIATRICA	UCI NEONATAL		TOTAL UCI NEONATAL	Total general	%
	NAV	ISTU-AC	ITS-AC		NAV	ISTU-AC	ITS-AC		NAV	ITS-AC			
Klebsiella pneumoniae	1	4	2	7	0	1	1	2	0	2	2	11	28%
Escherichia coli	0	0	2	2	0	1	1	2	0	0	0	4	10%
Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	2	0	0	1	1	0	1	1	4	10%
Candida auris	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	3	8%
Serratia marcescens	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	3	8%
Staphylococcus aureus	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	3	8%
Staphylococcus epidermidis	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	3	8%
Enterococcus faecalis	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	5%
Candida tropicalis	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3%
Klebsiella aerogenes	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3%
Morganella morganii	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3%
Proteus mirabilis	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3%
Staphylococcus haemolyticus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3%
Staphylococcus hominis	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3%
Streptococcus gallolyticus	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3%
NAV confirmado por clínica	**2**	**0**	**1**	**3**	**1**	**0**	**0**	**1**	**3**	**0**	**3**	**7**	**18%**
Total general	**4**	**7**	**12**	**23**	**1**	**2**	**10**	**13**	**3**	**8**	**11**	**47**	

Fuente: SIVIGILA WEB

El análisis del cumplimiento de la notificación colectiva de Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) en UCI adulto por UPGD durante enero y febrero de 2026 en el departamento de Santander evidencia un alto nivel de adherencia al sistema de vigilancia, con cumplimiento del 100% en la gran mayoría de instituciones evaluadas en los municipios de Bucaramanga, Floridablanca, Piedecuesta y Socorro, lo que refleja fortalecimiento en los procesos de reporte oportuno y calidad de la información en SIVIGILA. No obstante, se

identifica incumplimiento en la Unidad Clínica La Magdalena S.A. en Barrancabermeja, la cual no realizó notificación en ninguno de los dos meses (0%), constituyéndose en un posible caso de silencio epidemiológico que requiere intervención inmediata. En general, el comportamiento observado es favorable, con adecuada respuesta institucional en la mayoría de UPGD; sin embargo, se hace necesario reforzar el seguimiento, asistencia técnica y acciones de mejora en las instituciones con incumplimiento para garantizar la cobertura total y la vigilancia efectiva de las IAAS en el territorio. Es importante recordar que la oportunidad del reporte correspondiente al mes de marzo tiene como fecha límite de notificación el 13 de abril, conforme a los lineamientos establecidos para el sistema de vigilancia.

Indicador de cumplimiento de la notificación colectiva de IAD en UCI adulto por UPGD, enero y febrero año 2026

nmun_notif	nom_upgd	Ene	Feb	%
BARRANCABERMEJA	DEPARTAMENTO DE SALUD MAGDALENA MEDIO ECOPETROL	1	1	100
	UCI SALUD VITAL DE COLOMBIA	1	1	100
	UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA SAS	0	0	0
BUCARAMANGA	CLINICA CHICAMOCHA SA	1	1	100
	CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	1	1	100
	CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	1	1	100
	CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	1	1	100
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	1	1	100
	LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANG	1	1	100
	SEDE GONZALEZ VALENCIA	1	1	100
FLORIDABLANCA	FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	1	1	100
	FUNDACION FOSUNAB	1	1	100
	FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SDER FOSCAL	1	1	100
	VIVASALUD IPS	1	1	100
PIEDECUESTA	CLINICA PIEDECUESTA SA	1	1	100
	HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA	1	1	100
SOCORRO	ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	1	1	100

Fuente: SIVIGILA WEB

El análisis del cumplimiento de la notificación colectiva de Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) en UCI pediátrica para los meses de enero y febrero de 2026 muestra un alto nivel de cumplimiento en la mayoría de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) que cuentan con este servicio. De las 6 instituciones evaluadas, 5 UPGD (83,3%) presentan un cumplimiento del 100%, reportando la información de manera oportuna en ambos meses. No obstante, se identifica incumplimiento en la Unidad Clínica La Magdalena S.A.S. del municipio de Barrancabermeja, la cual registra 0% de cumplimiento, al no presentar notificación en ninguno de los dos meses analizados. Este hallazgo evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento y acompañamiento técnico a esta institución, con el fin de garantizar la oportunidad y calidad de la vigilancia epidemiológica de las IAD en UCI pediátrica durante la vigencia 2026. Es importante recordar que la oportunidad del reporte correspondiente al mes de marzo tiene como fecha límite de notificación el 13 de abril, conforme a los lineamientos establecidos para el sistema de vigilancia.

Indicador de cumplimiento de la notificación colectiva de IAD en UCI Pediátrica por UPGD, enero y febrero año 2026

nmun_notif	nom_upgd	Ene	Feb	%
BARRANCABERMEJA	UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA SAS	0	0	0
BUCARAMANGA	CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	1	1	100
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	1	1	100
FLORIDABLANCA	FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	1	1	100
	FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SDER FOSCAL	1	1	100
PIEDECUESTA	HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA	1	1	100

Fuente: SIVIGILA WEB

El análisis del cumplimiento de la notificación colectiva de Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) en UCI neonatal para los meses de enero y febrero de 2026 evidencia un alto nivel de adherencia al proceso de vigilancia epidemiológica por parte de las instituciones que cuentan con este servicio. De las 6 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) evaluadas, 5 instituciones (83,3%) presentan un cumplimiento del 100%, realizando la notificación completa en ambos meses. Sin embargo, se identifica incumplimiento en la Unidad Clínica La Magdalena S.A.S. del municipio de Barrancabermeja, la cual registra 0% de cumplimiento, al no reportar información en ninguno de los dos meses evaluados. Este

resultado evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento y la asistencia técnica a esta institución, con el fin de garantizar la oportunidad y completitud de la notificación colectiva de IAD en UCI neonatal durante la vigencia 2026, en concordancia con los lineamientos del sistema nacional de vigilancia en salud pública. Es importante recordar que la oportunidad del reporte correspondiente al mes de marzo tiene como fecha límite de notificación el 13 de abril, conforme a los lineamientos establecidos para el sistema de vigilancia.

Indicador de cumplimiento de la notificación colectiva de IAD en UCI Neonatal por UPGD, enero y febrero año 2026

nmun_notif	nom_upgd	Ene	Feb	%
BARRANCABERMEJA	UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA SAS	0	0	0
BUCARAMANGA	CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	5	5	100
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	5	5	100
FLORIDABLANCA	FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	5	5	100
	FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SDER FOSCAL	5	5	100
SOCORRO	ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	5	5	100

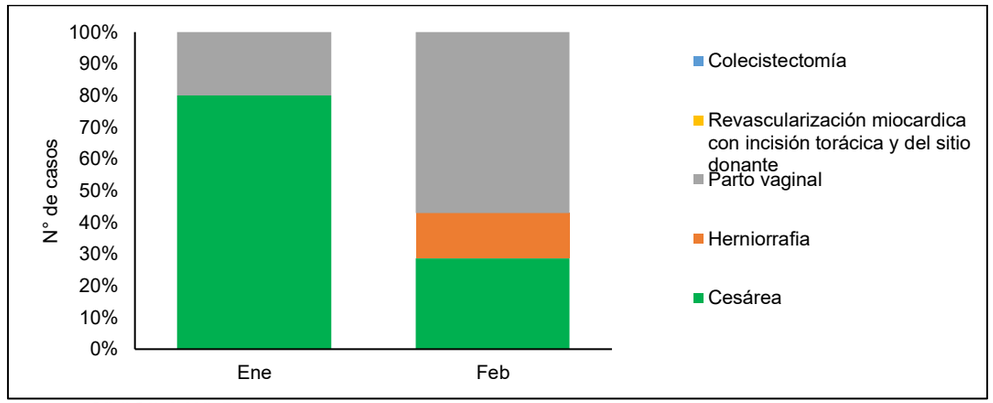
Fuente: SIVIGILA WEB

2.12.2 INFECCIONES ASOCIADAS A PROCEDIMIENTOS MEDICO QUIRURGICOS (IAPMQ)

Hasta la semana epidemiológica 12 de 2026, se han notificado al SIVIGILA 17 casos de Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos a diferencia del año 2025 donde se presentaron 13 casos, lo cual representa un incremento de 31%.

El análisis de las Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico-Quirúrgicos (IAPMQ) en enero y febrero de 2026 evidencia un total de 17 casos, con predominio en el mes de enero (10 casos) frente a febrero (7 casos). Por tipo de procedimiento, la cesárea concentra la mayor proporción con 10 casos (59%), aunque muestra una disminución de enero (8 casos) a febrero (2 casos), lo que podría indicar una mejora en las medidas de prevención o variación en el volumen de procedimientos. El parto vaginal ocupa el segundo lugar con 6 casos (35%), presentando un incremento de 2 casos en enero a 4 en febrero, lo que sugiere un comportamiento ascendente que requiere seguimiento. La herniorrafia registra un único caso (6%) en febrero, mientras que no se reportan casos asociados a revascularización miocárdica ni colecistectomía durante el periodo analizado. En conjunto, se evidencia una concentración de IAPMQ en procedimientos obstétricos, especialmente cesáreas, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención de infecciones en estos servicios.

Porcentaje de IAPMQ notificados en Santander, según procedimiento y mes año 2026



Fuente: SIVIGILA WEB

El análisis del comportamiento social y demográfico de los casos de Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico-Quirúrgicos (IAPMQ) en Santander, durante las semanas epidemiológicas 1 a 10 de 2026, evidencia que la totalidad de los casos (100%) se presenta en el sexo femenino, lo cual es consistente con el predominio de procedimientos obstétricos como la cesárea (59%) y el parto vaginal (35%). En cuanto al aseguramiento, se observa mayor afectación en el régimen contributivo (59%), seguido del subsidiado (35%) y en menor proporción población no asegurada (6%), lo que refleja que los eventos se concentran

principalmente en población afiliada al sistema de salud. Por grupos de edad, la mayor carga de casos se concentra en mujeres jóvenes en edad reproductiva, especialmente entre los 20 a 24 años (29%), seguidas de los grupos de 15 a 19 años y 25 a 29 años (24% cada uno), y en menor proporción entre 30 a 34 años (12%) y 35 a 39 años (6%); adicionalmente, se registra un caso en mayores de 60 años (6%) asociado a herniorrafia. En conjunto, este comportamiento evidencia que las IAPMQ en el periodo analizado se concentran en población femenina joven, en contextos obstétricos y con afiliación predominante al régimen contributivo, lo que orienta la necesidad de fortalecer las medidas de prevención y control de infecciones en servicios materno-perinatales.

Comportamiento Social y Demográfico de los casos de IAPMQ en Santander, semanas epidemiológicas 1-12, año 2026

Variable	Categoría	Cesárea	%	Herniorrafia	%	Parto vaginal	%	Revascularización miocardica con incisión torácica y del sitio donante	%	Colecistectomía	%	Total	%
Sexo	Femenino	10	59%	1	5,9%	6	35%	0	0,0%	0	0,0%	17	100%
	Masculino	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
Régimen de Seguridad Social	Contributivo	8	47%	1	5,9%	1	6%	0	0,0%	0	0,0%	10	59%
	Indeterminado	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
	No Asegurado	0	0%	0	0,0%	1	6%	0	0,0%	0	0,0%	1	6%
	Excepción	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
	Subsidiado	2	12%	0	0,0%	4	24%	0	0,0%	0	0,0%	6	35%
Grupos de edad	0-4	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
	5-9	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
	10-14	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
	15-19	1	6%	0	0,0%	3	18%	0	0,0%	0	0,0%	4	24%
	20-24	3	18%	0	0,0%	2	12%	0	0,0%	0	0,0%	5	29%
	25-29	3	18%	0	0,0%	1	6%	0	0,0%	0	0,0%	4	24%
	30-34	2	12%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	2	12%
	35-39	1	6%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	1	6%
	40-44	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
	45-49	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
	50-54	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
	55-60	0	0%	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0%
	>60	0	0%	1	5,9%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	1	6%

Fuente: SIVIGILA WEB

El análisis de la incidencia por 100 procedimientos de las Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico-Quirúrgicos (IAPMQ) en Santander durante enero y febrero de 2026 evidencia variaciones importantes según el tipo de procedimiento. La cesárea presenta una disminución significativa, pasando de 0,95 en enero a 0,28 en febrero, lo que sugiere una posible mejora en las medidas de prevención o cambios en la exposición al riesgo. En contraste, el parto vaginal muestra un incremento notable, de 0,33 a 0,87, convirtiéndose en el procedimiento con mayor incidencia en febrero y requiriendo seguimiento y fortalecimiento de las prácticas de control de infecciones. La herniorrafia, aunque sin casos en enero, registra una incidencia de 0,17 en febrero, evidenciando aparición reciente de eventos. Por su parte, no se reportan casos asociados a revascularización miocárdica ni colecistectomía durante el periodo analizado. En general, se observa un comportamiento variable con desplazamiento del riesgo hacia parto vaginal en febrero, por lo que se recomienda mantener vigilancia activa; es importante tener en cuenta que la información del mes de marzo aún no está disponible para análisis, dado que el reporte es retrospectivo y la fecha límite de notificación es el 13 de abril.

Incidencia de las Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico Quirúrgicos por procedimiento en Santander, enero y febrero año 2026

Procedimientos	Ene	Feb
Cesárea	0,95	0,28
Herniorrafia	0,00	0,17
Parto vaginal	0,33	0,87
Revascularización miocárdica con incisión torácica y del sitio donante	0,00	0,00
Colecistectomía	0,00	0,00

Fuente: SIVIGILA WEB

A semana epidemiológica 12 del año 2026, en el departamento de Santander se han notificado diecisiete (17) casos de Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico-Quirúrgicos (IAPMQ), distribuidos en cesárea (10), parto vaginal (6) y herniorrafia (1). La mayoría de los casos fueron confirmados por criterio clínico; no obstante, cinco (5) contaron con confirmación por laboratorio, con aislamiento de Staphylococcus aureus, lo cual aporta

soporte microbiológico al evento y resalta la importancia de fortalecer la vigilancia etiológica de las infecciones del sitio operatorio, especialmente en el componente obstétrico.

Principales agentes causales asociados a IAPMQ en Santander, semanas epidemiológicas 1-12, año 2026

Microorganismos	Cesárea	Herniorrafia	Parto vaginal	Revascularización miocardica con incisión torácica y del sitio donante	Colecistectomía	Total general	%
Staphylococcus aureus	5	0	0	0	0	5	29%
Casos confirmados por clínica	5	1	6	0	0	12	71%
Total general	**10**	**1**	**6**	**0**	**0**	**17**	

Fuente: SIVIGILA

El análisis del cumplimiento de la notificación colectiva de Infecciones Asociadas a Procedimientos Médico-Quirúrgicos (IAPMQ) por UPGD durante los meses de enero y febrero de 2026 en Santander evidencia un alto nivel de cumplimiento en la mayoría de instituciones, especialmente en municipios como Bucaramanga, Floridablanca, Barrancabermeja, Málaga, Lebrija, Socorro y Concepción, donde las UPGD reportaron de manera completa (100%), lo que refleja adecuada adherencia a los lineamientos del sistema de vigilancia. Sin embargo, se identifican incumplimientos y reportes parciales en algunas instituciones, como la Unidad Clínica La Magdalena S.A., IPS Cabecera S.A., ESE Hospital San Pedro Claver de Mogotes, Clínica Piedecuesta S.A., ESE Hospital de Vélez, ESE Hospital de Zapatoca y ESE Hospital Integrado San Antonio de Puente Nacional, con 0% de cumplimiento, configurando posibles silencios epidemiológicos; así mismo, se observan reportes incompletos (50%) en instituciones como la ESE Hospital Integrado San Bernardo de Barbosa, ESE Hospital de Charalá y Clínica Foscal Santa Cruz de la Loma en San Gil. En general, aunque el comportamiento es favorable, se requiere fortalecer el seguimiento y la asistencia técnica en las UPGD con bajo cumplimiento para garantizar la notificación oportuna y completa; adicionalmente, es importante recordar que el reporte del mes de marzo es retrospectivo y tiene como fecha límite de notificación el 13 de abril, conforme a los lineamientos establecidos.

Indicador de cumplimiento de la notificación colectiva de IAPMQ por UPGD, enero y febrero año 2026

nmun_notif	nom_upgd	Ene	Feb	%
BARBOSA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO	1	0	50%
BARRANCABERMEJA	CLINICA REINA LUCIA SAS	1	1	100%
	DEPARTAMENTO DE SALUD MAGDALENA MEDIO ECOPETROL	1	1	100%
	HOSPITAL REGIONAL MAGDALENA MEDIO	1	1	100%
	UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA SAS	0	0	0%
	UNIDAD CLINICA SAN NICOLAS LIMITADA	1	1	100%
BUCARAMANGA	BATALLÓN DE ASPC NO5 HOSPITAL MILITAR BUCARAM	1	1	100%
	CLINICA CHICAMOCHA SA	1	1	100%
	CLINICA ESPCO-DESAN	1	1	100%
	CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	1	1	100%
	CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	1	1	100%
	CLINICA REVIVIR SA	1	1	100%
	CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	1	1	100%
	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	1	1	100%
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	1	1	100%
	IPS CABECERA SAS	0	0	0%
	LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANG	1	1	100%
	SEDE GONZALEZ VALENCIA	1	1	100%

	UIMIST	1	1	100%
CHARALA	ESE HOSPITAL LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO DE CHARAL	1	0	50%
CONCEPCION	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL	1	1	100%
FLORIDABLANCA	ESE CLÍNICA GUANE Y SU RED INTERAL DE SALUD	1	1	100%
	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA	1	1	100%
	FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	1	1	100%
	FUNDACION FOSUNAB	1	1	100%
	FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SDER FOSCAL	1	1	100%
LEBRIJA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE LEBR	1	1	100%
MALAGA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA	1	1	100%
MOGOTES	ESE HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE MOGOTES SANTANDER	0	0	0%
PIEDECUESTA	CLINICA PIEDECUESTA SA	0	0	0%
	HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA	1	1	100%
	INSTITUTO CARDIOVASCULAR SEDE AMBULATORIA	1	1	100%
PUENTE NACIONAL	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ANTONIO	0	0	0%
SAN GIL	CLINICA FOSCAL SANTA CRUZ DE LA LOMA	1	0	50%
	ESE HOSPITAL REGIONAL SAN GIL	1	1	100%
SOCORRO	ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	1	1	100%
VELEZ	ESE HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ	0	0	0%
ZAPATOCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE ZAPATOCA	0	0	0%

Fuente: SIVIGILA WEB

2.12.3 CONSUMO DE ANTIBIOTICOS (CAB)

El análisis del promedio de consumo de antibióticos en servicios de UCI en Santander, medido en Dosis Diarias Definidas (DDD) por 100 camas-día durante enero y febrero de 2026, evidencia que los antibióticos de mayor uso son piperacilina (16,82 en enero y 16,58 en febrero) y meropenem (11,16 y 11,54), lo que refleja una alta utilización de antibióticos de amplio espectro, posiblemente asociada a la atención de infecciones graves y sospecha de resistencia bacteriana. Se observa estabilidad en el consumo de ceftriaxona (5,18 a 5,41) y una ligera disminución en vancomicina (5,29 a 4,59) y cefepime (2,43 a 1,12), mientras que antibióticos como oxacilina muestran incremento (1,55 a 2,98). Otros como ertapenem, ceftazidima, gentamicina y linezolid presentan consumos bajos o moderados, y doripenem no registra uso. En conjunto, el patrón evidencia predominio de antibióticos de amplio espectro y variaciones leves entre meses, lo que resalta la importancia de fortalecer las estrategias del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA). Es importante tener en cuenta que la información del mes de marzo aún no se encuentra disponible para análisis, dado que el reporte es retrospectivo y la fecha límite de notificación corresponde al 13 de abril.

Promedio de consumo de antibióticos (Dosis Diarias Definidas por 100 camas-día) en servicios UCI, Santander, enero y febrero año 2026

Antibiotico	Ene	Feb
Ceftriaxona	5,18	5,41
Ertapenem	0,16	0,23
Meropenem	11,16	11,54
Piperacilina	16,82	16,58
Vancomicina	5,29	4,59
Cefepime	2,43	1,12
Ceftazidima	0,86	0,85

Oxacilina	1,55	2,98
Gentamicina	0,02	0,06
Linezolid	2,45	1,46
Doripenem	0,00	0,00

Fuente: SIVIGILA WEB

El análisis del promedio de consumo de antibióticos en servicios de hospitalización no UCI en Santander, medido en Dosis Diarias Definidas (DDD) por 100 camas-día durante enero y febrero de 2026, evidencia un patrón heterogéneo con predominio de algunos antibióticos. Se destaca el consumo extremadamente alto de gentamicina, con una disminución de 282,67 en enero a 168,42 en febrero; sin embargo, este comportamiento se atribuye principalmente a la ESE Hospital San Juan de Dios de Lebrija, institución que concentra el incremento en ambos meses, lo cual sugiere un posible error de digitación o inconsistencia en el reporte, por lo que se realizará la respectiva verificación con la UPGD. Asimismo, se observa un alto consumo de ampicilina (19,44 a 16,22) y una disminución importante en oxacilina (17,05 a 5,86), mientras que ceftriaxona se mantiene estable (12,30 a 12,26). Ciprofloxacina presenta un aumento (6,79 a 9,26) y amikacina también incrementa (3,60 a 4,94), lo que podría reflejar ajustes en los esquemas terapéuticos. Llama la atención el aumento significativo de linezolid (0,38 a 37,23), que también requiere validación. Otros antibióticos como meropenem, piperacilina, vancomicina y cefepime presentan consumos moderados con variaciones leves, mientras que ertapenem, ceftazidima, trimetoprima-sulfametoxazol y amoxicilina mantienen valores bajos y doripenem no registra consumo. En conjunto, se evidencia un uso importante de antibióticos de amplio espectro y variaciones relevantes que deben ser analizadas en el marco del PROA; adicionalmente, la información del mes de marzo aún no se encuentra disponible para análisis, dado que el reporte es retrospectivo y la fecha límite de notificación corresponde al 13 de abril.

Promedio de consumo de antibióticos (Dosis Diarias Definidas por 100 camas-día) en servicios de hospitalización no UCI, Santander, enero y febrero año 2026

Antibiotico	Ene	Feb
Ceftriaxona	12,30	12,26
Ciprofloxacina	6,79	9,26
Ertapenem	0,77	0,48
Meropenem	2,66	2,65
Piperacilina	5,75	5,09
Vancomicina	3,09	2,84
Cefepime	0,73	0,93
Ceftazidima	1,38	0,31
Ampicilina	19,44	16,22
Oxacilina	17,05	5,86
Amoxicilina	0,07	0,06
Amikacina	3,60	4,94
Gentamicina	282,67	168,42
Trimetoprima + Sulfametoxazol	0,09	0,11
Linezolid	0,38	37,23
Doripenem	0	0

Fuente: SIVIGILA WEB

El análisis del porcentaje de cumplimiento de la notificación del consumo de antibióticos en UCI en Santander durante enero y febrero de 2026 evidencia un alto nivel de adherencia, con cumplimiento del 100% en 16 de las 17 UPGD (94%), destacándose una adecuada oportunidad y calidad en el reporte por parte de la mayoría de instituciones en municipios como Bucaramanga, Floridablanca, Piedecuesta, Socorro y Barrancabermeja. No obstante, se identifica incumplimiento en la Unidad Clínica La Magdalena S.A., que no realizó reporte en ninguno de los dos meses (0%), lo que sugiere posible debilidad en el proceso de notificación y requiere seguimiento y asistencia técnica. En general, el comportamiento es

favorable, reflejando fortalecimiento del sistema de vigilancia del consumo de antimicrobianos en UCI; sin embargo, es necesario garantizar el reporte completo en todas las UPGD. Finalmente, se recuerda que la información correspondiente al mes de marzo aún no se encuentra disponible para análisis, dado que el reporte es retrospectivo y la fecha límite de notificación es el 13 de abril.

Porcentaje de cumplimiento de notificación del consumo de antibióticos en UCI, Santander, enero y febrero año 2026

nmun_notif	nom_upgd	Ene	Feb	%
BARRANCABERMEJA	DEPARTAMENTO DE SALUD MAGDALENA MEDIO ECOPETROL	1	1	100
	UCI SALUD VITAL DE COLOMBIA	1	1	100
	UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA SAS	0	0	0
BUCARAMANGA	CLINICA CHICAMOCHA SA	1	1	100
	CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	1	1	100
	CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	1	1	100
	CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	1	1	100
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	1	1	100
	LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANG	1	1	100
	SEDE GONZALEZ VALENCIA	1	1	100
FLORIDABLANCA	FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	1	1	100
	FUNDACION FOSUNAB	1	1	100
	FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SDER FOSCAL	1	1	100
	VIVASALUD IPS	1	1	100
PIEDECUESTA	CLINICA PIEDECUESTA SA	1	1	100
	HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA	1	1	100
SOCORRO	ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	1	1	100

Fuente: SIVIGILA WEB

El análisis del porcentaje de cumplimiento de la notificación del consumo de antibióticos en servicios de hospitalización adulto en Santander durante enero y febrero de 2026 evidencia un comportamiento heterogéneo entre las UPGD, con un grupo importante de instituciones que alcanzan cumplimiento del 100%, especialmente en municipios como Bucaramanga, Floridablanca, Girón, Lebrija, Málaga, San Gil, Socorro y otros, lo que refleja un adecuado fortalecimiento del reporte en el sistema de vigilancia. Sin embargo, se identifican incumplimientos (0%) en varias UPGD, como ESE Blanca Alicia Hernández (Albania), Hospital Regional Magdalena Medio y Unidad Clínica La Magdalena (Barrancabermeja), ESE Hospital San Antonio Cerrito, ESE Hospital San Pedro Claver de Mogotes, ESE Hospital de Vélez y Hospital de Zapatoca, lo que configura posibles silencios epidemiológicos; adicionalmente, se evidencian cumplimientos parciales (50%) en instituciones como centros de salud con camas de Barrancabermeja, ESE de Charalá, ESE de Oiba, ESE de Puente Nacional y ESE de Sucre, lo que indica debilidades en la oportunidad o completitud del reporte. En conjunto, aunque existe un buen desempeño en varias UPGD, se requiere fortalecer el seguimiento, la asistencia técnica y las acciones de mejora en las instituciones con bajo cumplimiento para garantizar la calidad y cobertura del sistema de vigilancia del consumo de antimicrobianos. Finalmente, se recuerda que la información correspondiente al mes de marzo aún no se encuentra disponible para análisis, dado que el reporte es retrospectivo y la fecha límite de notificación es el 13 de abril.

Porcentaje de cumplimiento de notificación del consumo de antibióticos en Hospitalización No UCI, Santander, enero y febrero año 2026

nmun_notif	nom_upgd	Ene	Feb	%
ALBANIA	ESE BLANCA ALICIA HERNANDEZ	0	0	0%
BARBOSA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO	1	1	100%
BARRANCABERMEJA	CENTRO DE SALUD CON CAMAS CASTILLO	1	1	100%
	CENTRO DE SALUD CON CAMAS ELCENTRO	1	1	100%
	CENTTRO DE SALUD CON CAMAS EL DANUBIO	1	1	100%
	CLINICA PRIMERO DE MAYO INTEGRAL SAS	1	1	100%
	CLINICA REINA LUCIA SAS	1	1	100%
	DEPARTAMENTO DE SALUD MAGDALENA MEDIO ECOPETROL	1	1	100%
	HOSPITAL REGIONAL MAGDALENA MEDIO	0	0	0%
	UNIDAD CLINICA LA MAGDALENA SAS	0	0	0%
	UNIDAD CLINICA SAN NICOLAS LIMITADA	1	1	100%
BUCARAMANGA	BATALLÓN DE ASPC NO5 HOSPITAL MILITAR BUCARAM	1	1	100%
	CENTRO MEDICO QUIRURGICO LA RIVIERA SAS	1	1	100%
	CLINICA CHICAMOCHA SA	1	1	100%
	CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	1	1	100%
	CLINICA ESPCO-DESAN	1	1	100%
	CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	1	1	100%
	CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	1	1	100%
	CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	1	1	100%
	HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	1	1	100%
	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	1	1	100%
	LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANG	1	1	100%
	MESSER COLOMBIA SA AGENCIA REMEO CENTER BUCARAMANG	1	1	100%
	SEDE GONZALEZ VALENCIA	1	1	100%
	UIMIST	1	1	100%
CERRITO	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO CERRITO	0	0	0%
CHARALA	ESE HOSPITAL LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO DE CHARAL	1	0	50%
CONCEPCION	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL	1	1	100%
FLORIDABLANCA	ESE CLÍNICA GUANE Y SU RED INTERAL DE SALUD	1	1	100%
	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE FLORIDABLANCA	1	1	100%
	FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	1	1	100%
	FUNDACION FOSUNAB	1	1	100%
	FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SDER FOSCAL	1	1	100%
GIRON	CLINICA GIRON ESE	1	1	100%
GUACA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA	1	1	100%
LA BELLEZA	ESE HOSPITAL SAN MARTIN LA BELLEZA	1	1	100%
LEBRIJA	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE LEBR	1	1	100%
MALAGA	ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA	1	1	100%
MOGOTES	ESE HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE MOGOTES SANTANDER	0	0	0%
OIBA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	0	1	50%
PIEDECUESTA	CLINICA PIEDECUESTA SA	1	1	100%
	HOSPITAL INTERNACIONAL DE COLOMBIA	1	1	100%
PUENTE NACIONAL	ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN ANTONIO	1	0	50%
SAN GIL	CLINICA FOSCAL SANTA CRUZ DE LA LOMA	1	1	100%

	ESE HOSPITAL REGIONAL SAN GIL	1	1	100%
SOCORRO	ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	1	1	100%
SUCRE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SUCRE	1	0	50%
VELEZ	ESE HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ	0	0	0%
ZAPATOCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE ZAPATOCA	0	0	0%

Fuente: SIVIGILA WEB

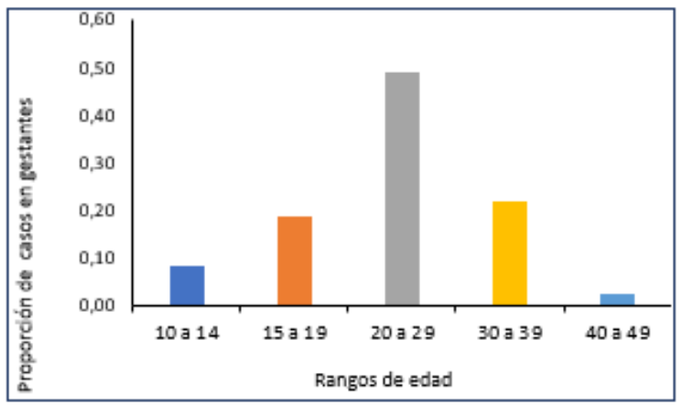
INFOGRAFÍA GRUPOS POBLACIONALES

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 12 DE 2026

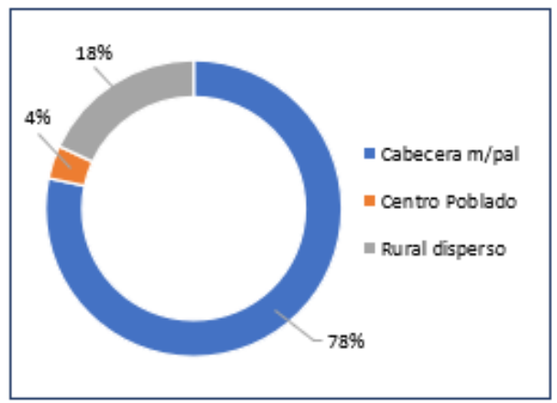
GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA - SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER

POBLACIÓN GESTANTE: Nº. Casos: 359

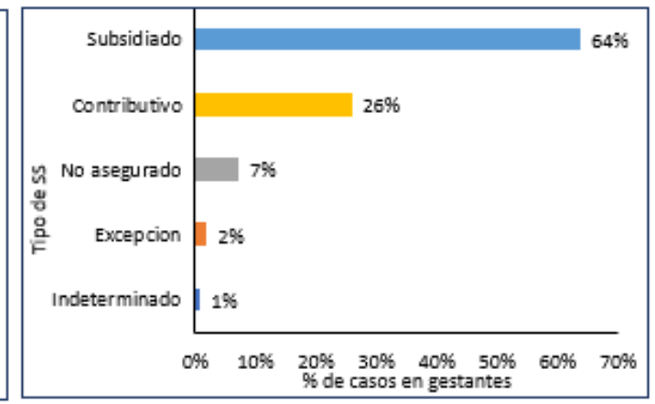
Casos notificados en Gestantes por rango de edad



Distribución de casos en Gestantes por zona de

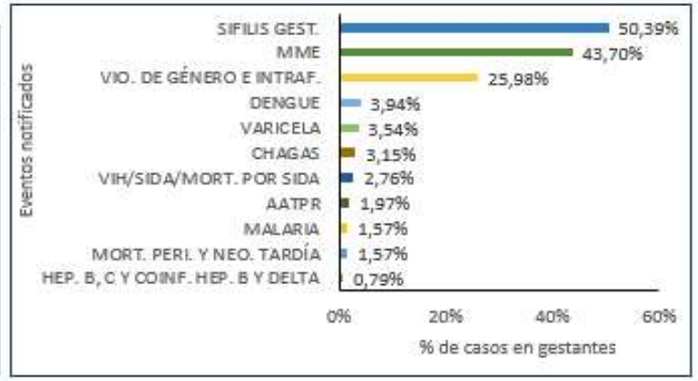


Casos notificados en Gestantes según Régimen de Afiliación

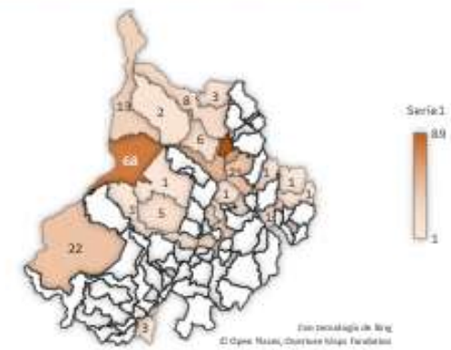


Condición final de casos notificados en Gestantes

Eventos de interés en salud pública notificados en Gestantes

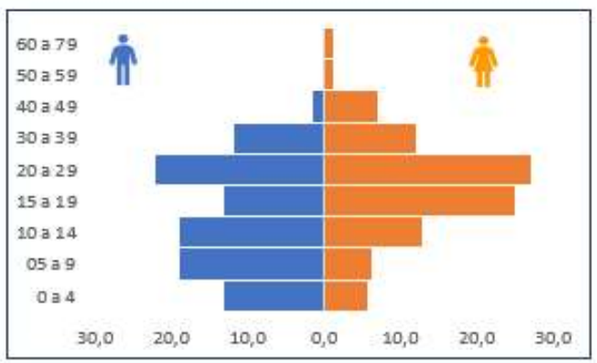


Mun. de residencia de casos not. en gestantes

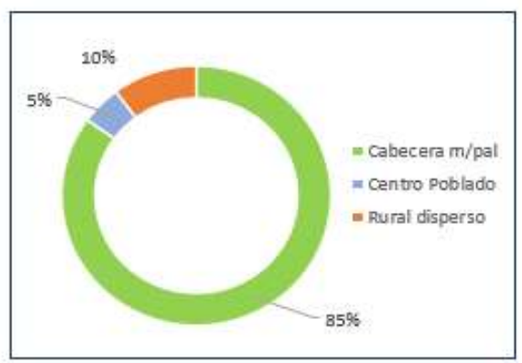


POBLACIÓN MIGRANTE: Nº. Casos: 206

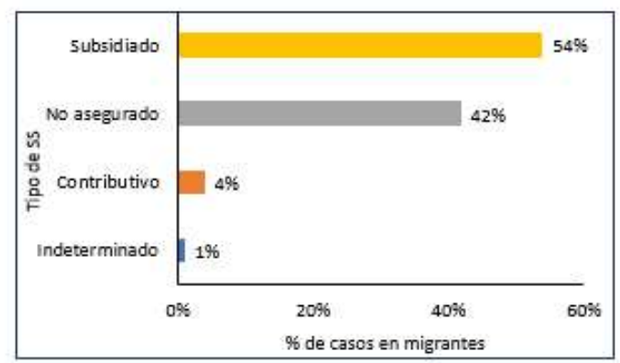
Pirámide poblacional



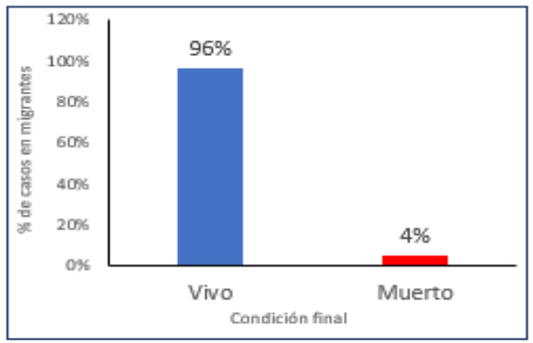
Distribución de casos en migrantes por zona de residencia



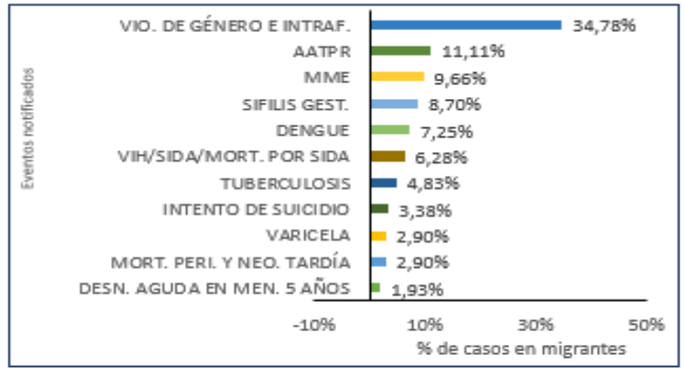
Casos notificados en Migrantes según Régimen de Afiliación



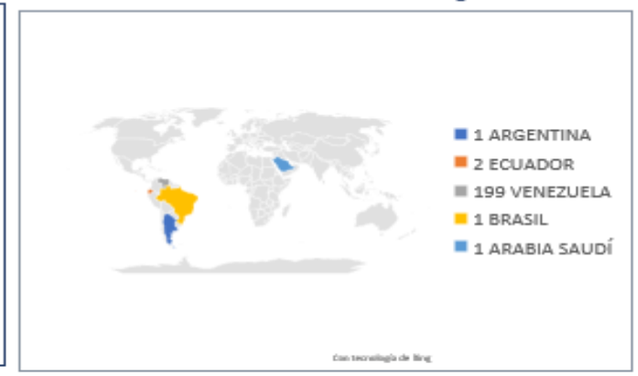
Condición final de casos notificados en Migrantes



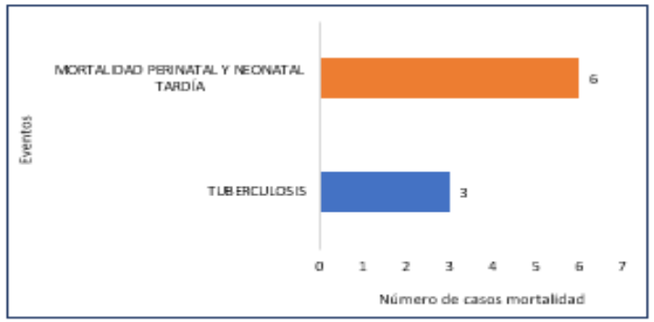
Eventos de interes en salud publica notificados en Migrantes



Nacionalidad de casos notificados en Migrantes

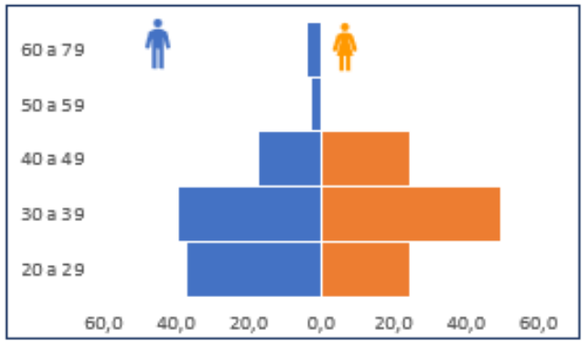


Número de muertes notificadas en migrantes por eventos de interés en salud pública

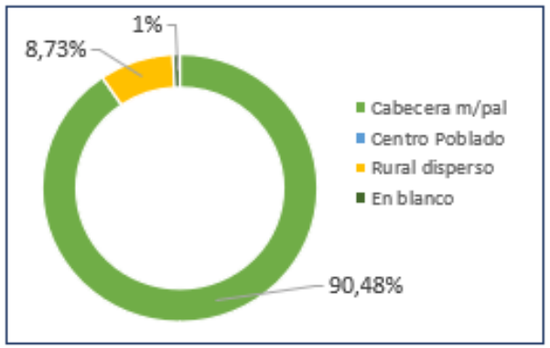


POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD: Nº. Casos: 126

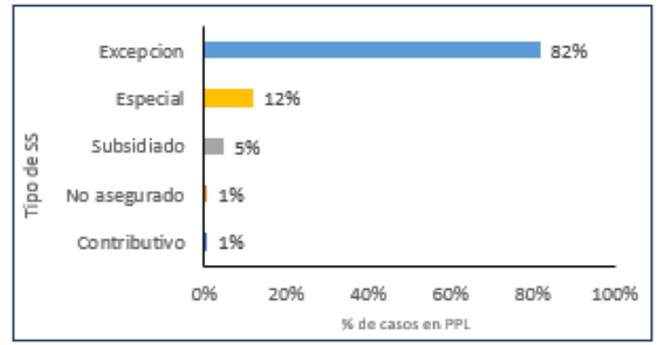
Pirámide poblacional



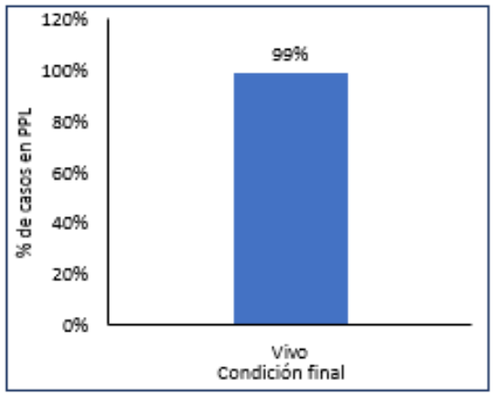
Distribución de casos en PPL por zona de residencia



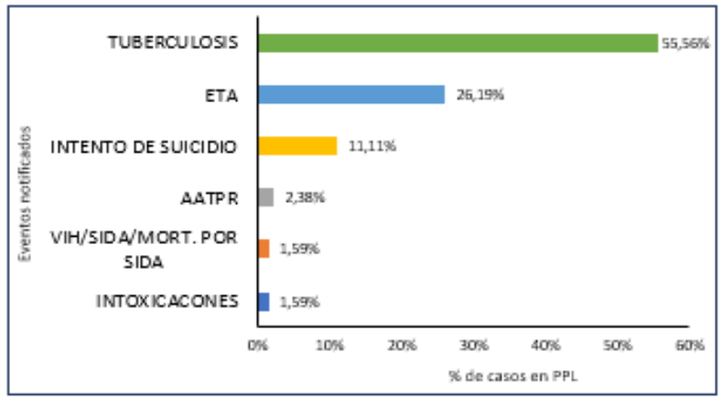
Casos notificados en PPL según Régimen de Afiliación



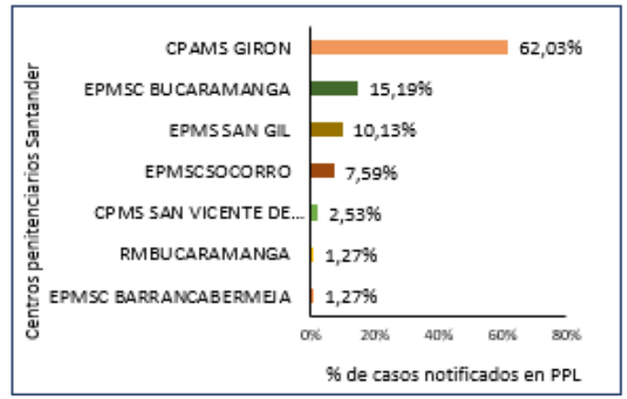
Condición final de casos notificados en PPL



Eventos de interés en salud pública notificados en PPL

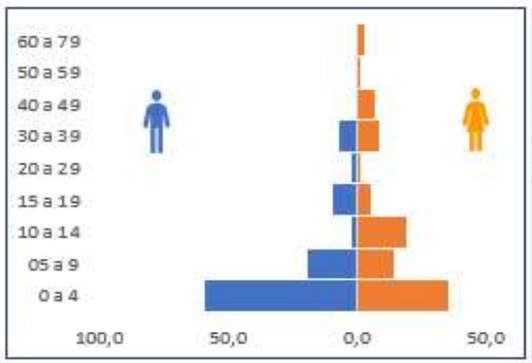


Reclusorios que notificaron casos en PPL

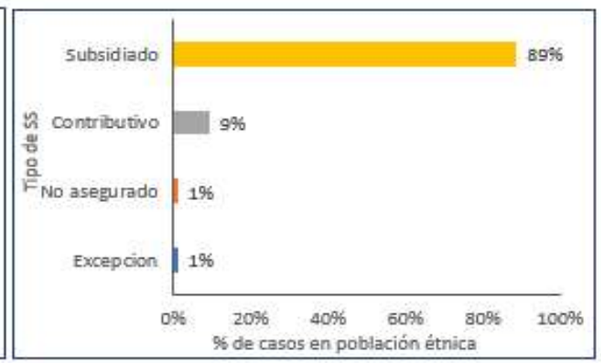


POBLACIÓN CON PERTENENCIA ÉTNICA: Nº. Casos: 97

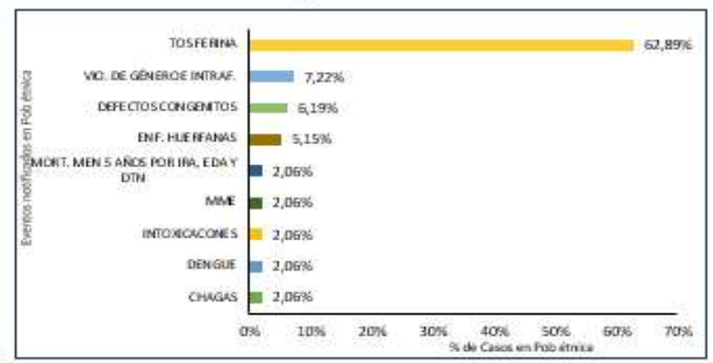
Pirámide poblacional



Casos notificados en Población étnica según Régimen de Afiliación

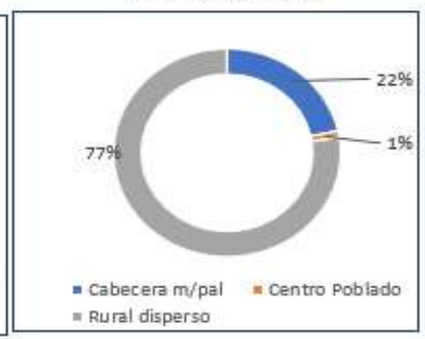


Eventos de interés en salud pública notificados en Población étnica

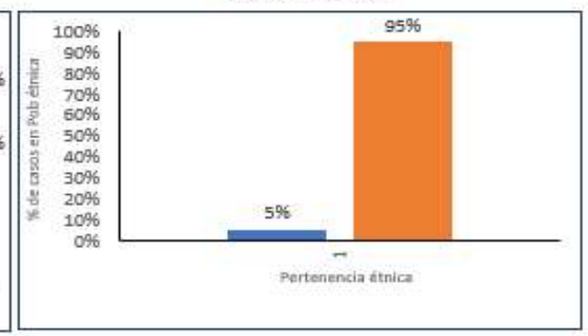


Condición final de casos notificados en étnias

Distribución de casos en Población étnica por zona de residencia



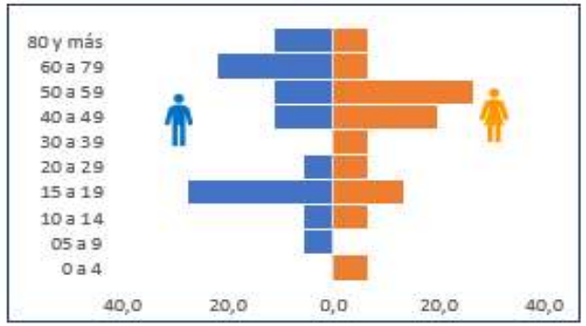
Distribución porcentual de la población según pertenencia étnica



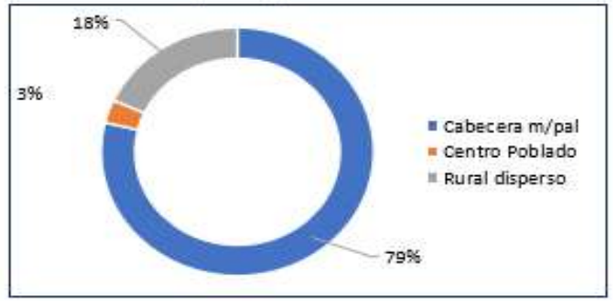
Mun. de residencia de casos not. en Pob. Étnica

POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Nº. Casos: 33

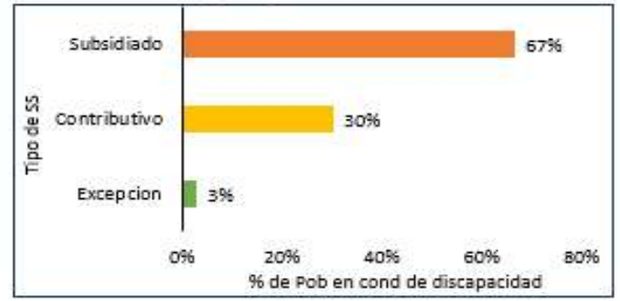
Pirámide poblacional



Distribución de casos en Población en condición de discapacidad por zona de residencia

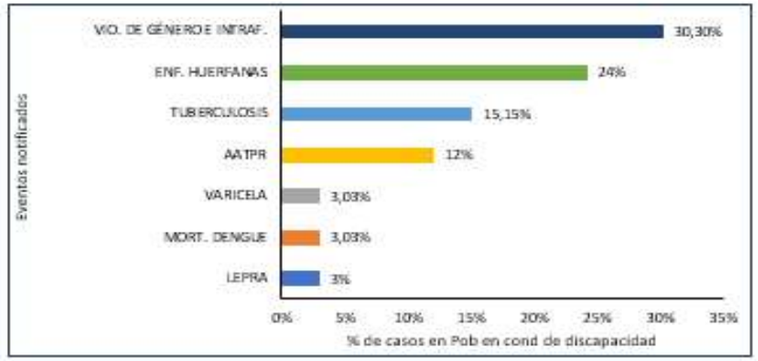


Casos notificados en Población en condición de discapacidad según Régimen de Afiliación



Condición final de casos notificados en Población en condición de discapacidad

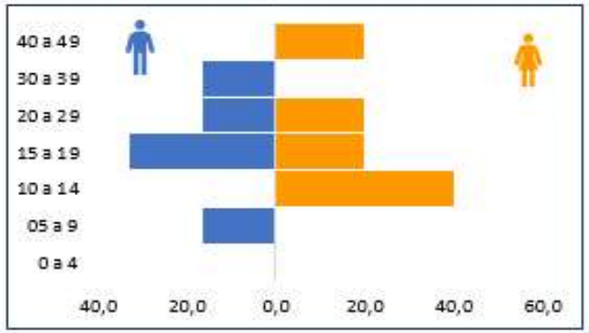
Eventos de interés en salud pública notificados en Población en condición de discapacidad



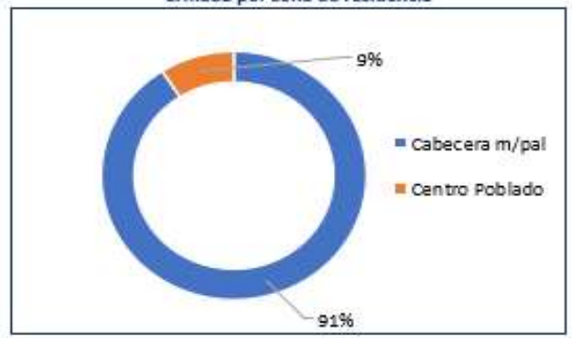
Mun. de residencia de casos not. en Pob. en cond. de discapacidad

POBLACIÓN VÍCTIMA DE CONFLÍCTO ARMADO: Nº. Casos: 11

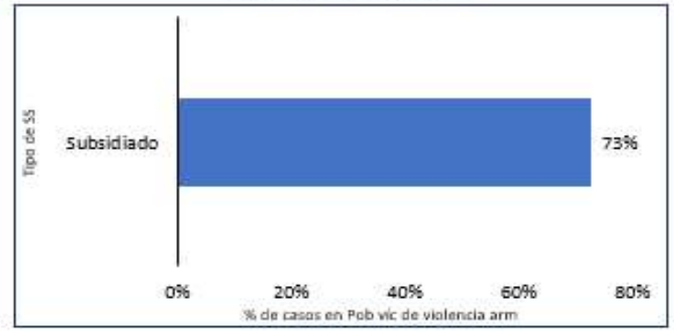
Pirámide poblacional



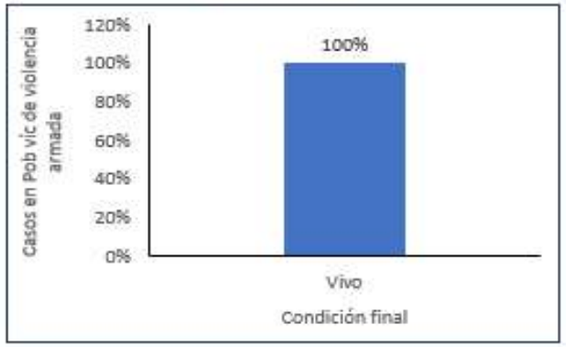
Distribución de casos en Población víctima de violencia armada por zona de residencia



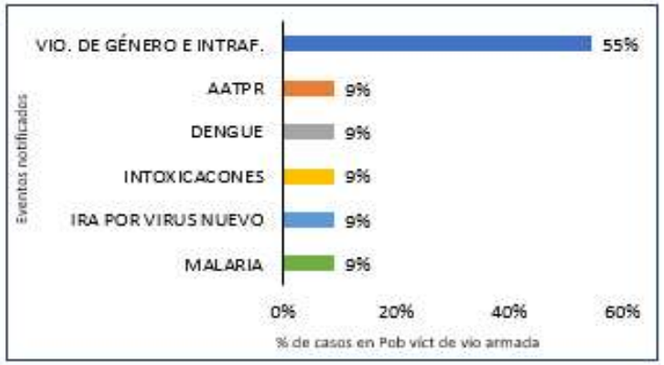
Casos notificados en Población víctima de violencia armada según Régimen de Afiliación



Condición final de casos notificados en Población víctima de violencia armada



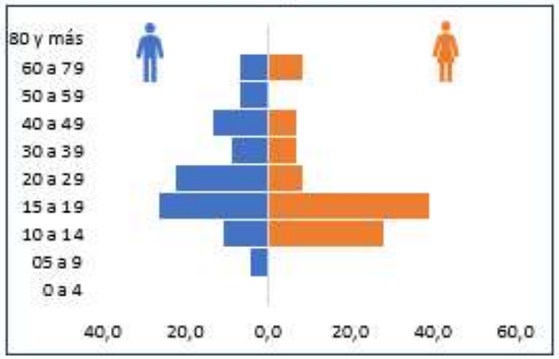
Eventos de interés en salud pública notificados en Población víctima de violencia armada



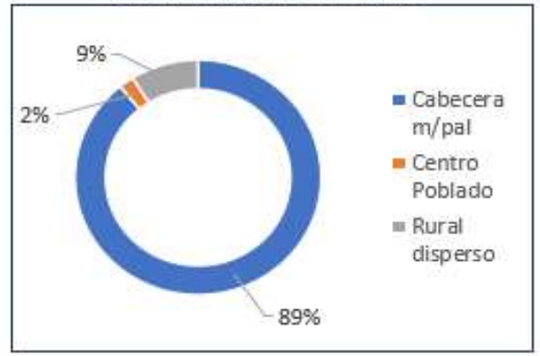
Mun. de residencia de casos not. en Pob. víc. de violencia armada

POBLACIÓN EN CENTROS PSIQUIÁTRICOS: Nº. Casos: 101

Pirámide poblacional

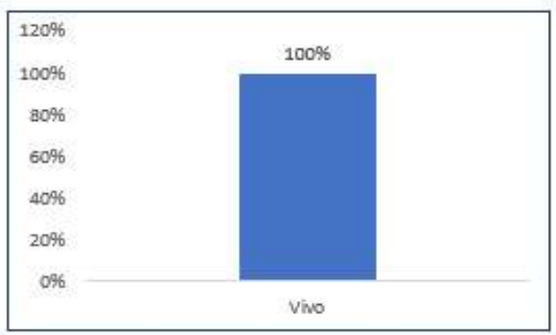


Distribución de casos en Población en centros psquiátricos por zona de residencia

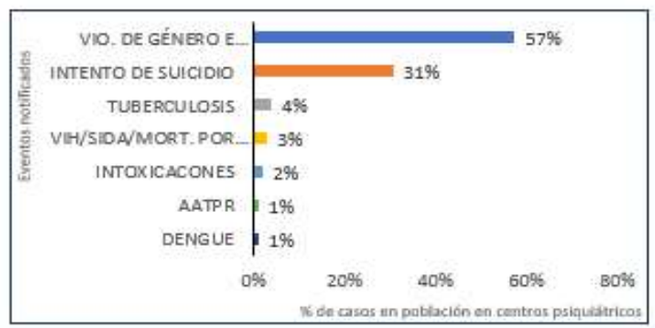


Casos notificados en Población en centros psquiátricos

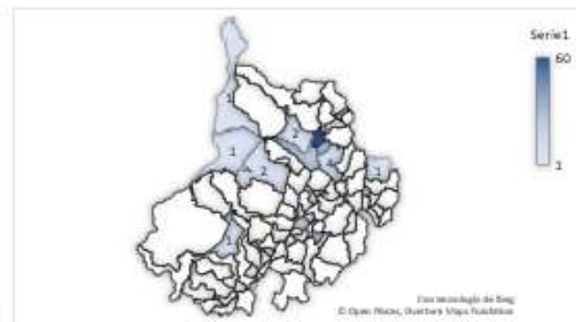
Condición final de casos notificados en Población en centros psquiátricos



Eventos de interés en salud pública notificados en Población en centros psquiátricos

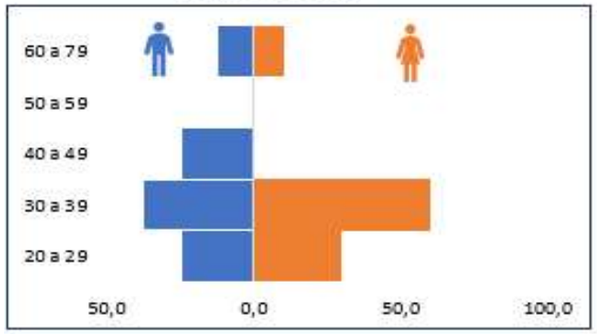


Mun. de residencia de casos not. en Pob. en centros psquiátricos

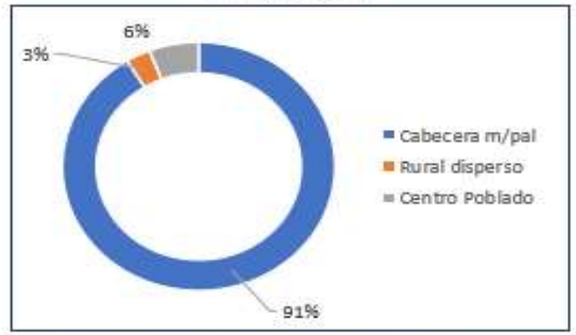


POBLACIÓN HABITANTES DE LA CALLE: Nº. Casos: 34

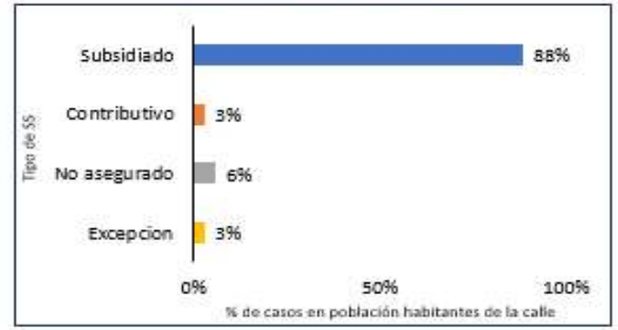
Pirámide poblacional



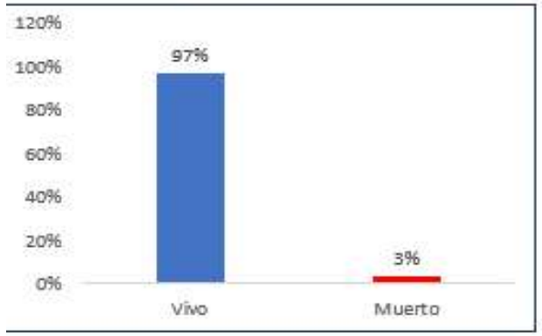
Distribución de casos en Población habitantes de la calle por zona de residencia



Casos notificados en Población habitantes de la calle según Régimen de Afiliación



Condición final de casos notificados en Población habitantes de la calle

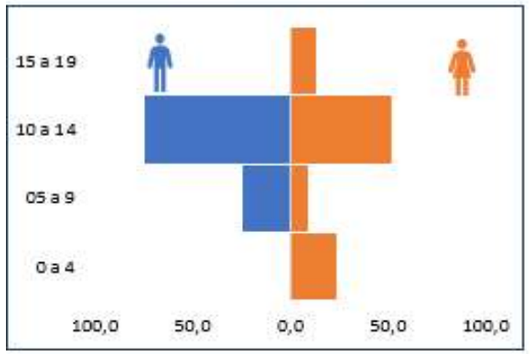


Eventos de interés en salud pública notificados en Población habitantes de la calle

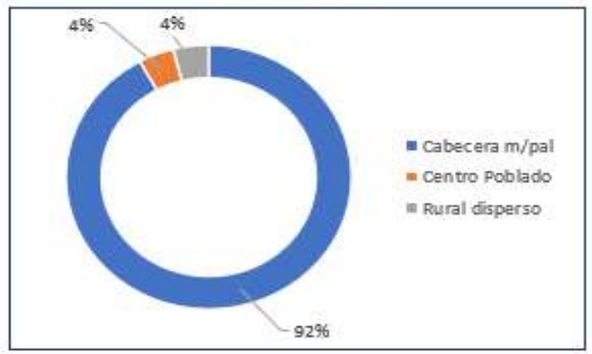
Mun. de residencia de casos not. en Población habitantes de la calle

POBLACIÓN INFANTÍL A CARGO DEL ICBF: Nº. Casos: 25

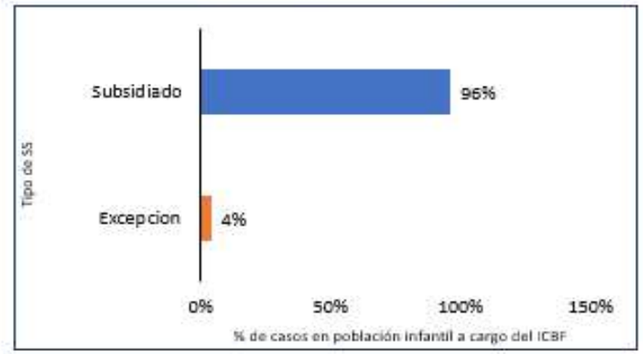
Pirámide poblacional



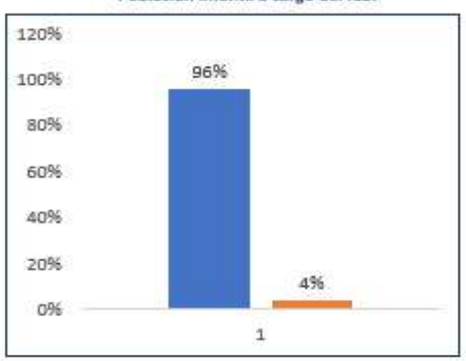
Distribución de casos en Población infantil a cargo del ICBF por zona de residencia



Casos notificados en Población infantil a cargo del ICBF según Régimen de Afiliación



Condición final de casos notificados en Población infantil a cargo del ICBF

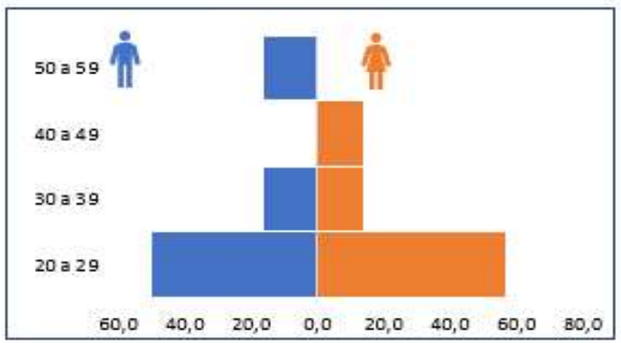


Eventos de interés en salud pública notificados en Población infantil a cargo del ICBF

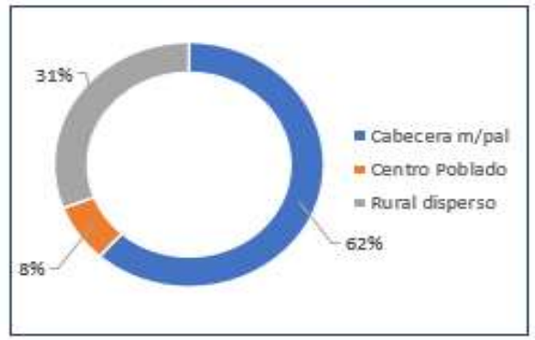
Mun. de residencia de casos not. en Población infantil a cargo del ICBF

POBLACIÓN DESPLAZADOS: Nº. Casos: 13

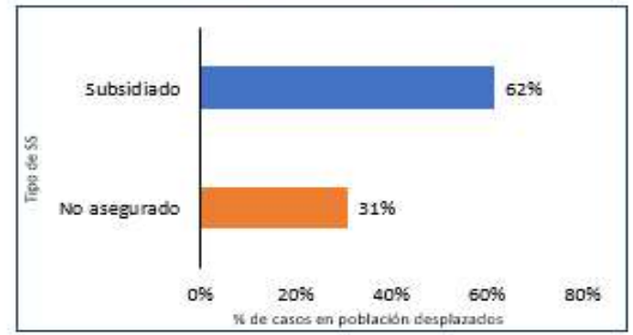
Pirámide poblacional



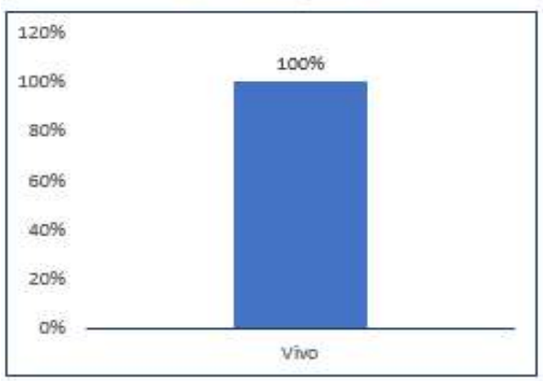
Distribución de casos en Población desplazada por zona de residencia



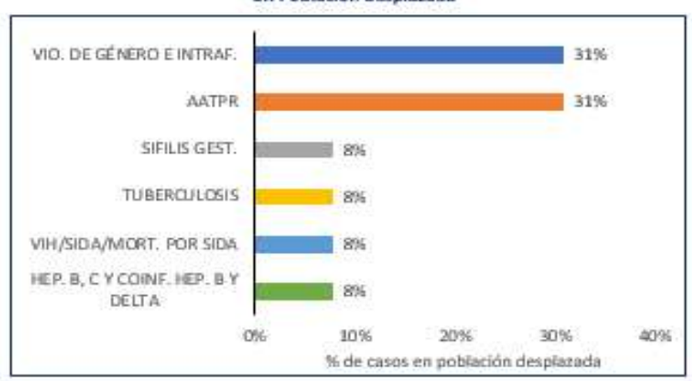
Casos notificados en población desplazada según Régimen de Afiliación



Condición final de casos notificados en Población desplazada



Eventos de interés en salud pública notificados en Población desplazada



Mun. de residencia de casos not. en Población desplazada

FICHA TÉCNICA

Con base en la información reportada al Sistema de vigilancia - SIVIGILA, con corte a la semana epidemiológica 12 de 2026, se realizó un análisis descriptivo de los casos notificados en la variable “grupo poblacional”. El objetivo de este análisis es caracterizar el contexto demográfico de los casos, considerando su distribución por edad, sexo, zona de residencia (cabecera municipal, centro poblado y rural disperso), régimen de afiliación al sistema de salud y condición final (vivo o fallecido). Asimismo, se incluyen los eventos de interés en salud pública y la distribución de los casos según el municipio de residencia de las personas notificadas.

Boletín Epidemiológico Secretaria de Salud de Santander
Alexander Torres Prieto
Coordinador Grupo Epidemiologia y demografía
Diana Patricia Ariza Diaz Profesional universitario

Grupo Epidemiologia y demografía Referentes de los eventos
Laura Viviana Quintero Ardila
Duby Marlene Quiñonez
Xiomara Chanagá Vera
Juliana Monsalve Sarmiento
Fabiola Andrea Mayorga
Daynner Vacca Lascarro
Lilibeth López Moreno
Karent Duran Rondón
Leonardo Silva Rueda
Sonia Luz Gómez Garcés
Mayra Alejandra Contreras
Paola Suarez Suarez
Olga Liced Jimenez
Leonor Araujo
Johana Mateus
Consolido: Lilibeth L.
Publicación: Grupo de Epidemiologia y Demografía SSS