

EPIDEMIOLOGÍA

VARICELA



Enfermedad exantemática
aguda, altamente contagiosa,
causada por el virus varicela
zóster (VZV).

PAROTIDITIS



**Inflamación de las
glandulas salivales,**
principalmente parótidas,
causada por el virus de la
parotiditis (paperas).



VIGILANCIA



PREVENCIÓN



CONTROL



SALUD PÚBLICA

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Año 21

Varicela Parotiditis en Colombia

*La vigilancia de la parotiditis y la varicela permite
proteger a nuestras comunidades y anticipar
riesgos de transmisión*

Semana
epidemiológica

12 al 18 de julio de 2026

28

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

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

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

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

	Situación nacional	11
	Mortalidad	13
	Eventos trazadores	21
	Brotes y alertas	40
	Tablas de mando por departamento	46



TEMA CENTRAL

Varicela Parotiditis en Colombia

Adriana Marcela Monje Rodríguez, amonje@ins.gov.co

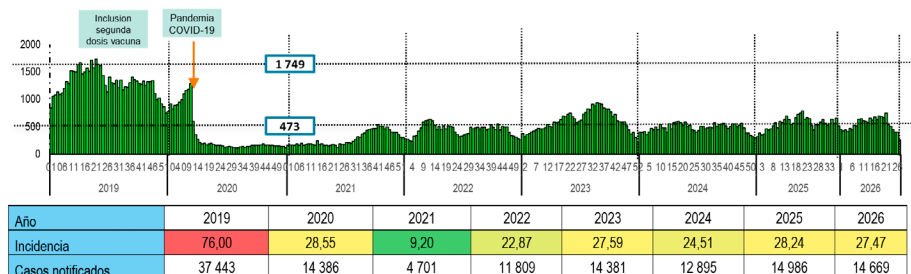
Introducción

La varicela es la infección primaria causada por el virus varicela-zóster (VVZ) (1). Es una enfermedad exantemática aguda de alta transmisibilidad (por gotículas o contacto directo con el líquido de las vesículas), que se caracteriza por erupciones pruriginosas, maculopapulares y vesiculares que evolucionan a costras no infecciosas en un periodo de 4 a 7 días (2). Su periodo de incubación oscila entre 10 y 21 días. Una persona es contagiosa desde dos días antes del inicio del exantema hasta la formación de costras en todas las vesículas (3). Un signo característico de la enfermedad es la presencia simultánea de lesiones cutáneas en diferentes etapas evolutivas (4).

En Colombia el diagnóstico es clínico, aunque de requerirse, se recomienda la prueba biomolecular reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en muestras del suelo vesicular o de la mucosa cutánea (5). La varicela es una enfermedad endémica con distribución mundial y un comportamiento epidemiológico que varía de acuerdo con la región y el clima, con variaciones geográficas notorias, siendo más común en la primera infancia en climas templados y en adolescentes y adultos jóvenes en zonas tropicales (6-7).

Hasta la semana epidemiológica 27 de 2026, se han notificado 14 669 casos de varicela en población general, representando una incidencia de 27,4 casos por 100 000 habitantes. Esto refleja una variación interanual de -2,7 % comparado con 2025 (28,2 casos por 100 000 habitantes). A partir de 2022, con el retorno a la presencialidad escolar y la normalización de la interacción social, la incidencia se recuperó y se estabilizó entre 22 y 28 casos por 100 000 habitantes (2022-2026), una cifra que sugiere el establecimiento de un nuevo equilibrio endémico, posiblemente con acumulación de susceptibles en cohortes que no tuvieron exposición ni vacunación oportuna durante la pandemia por COVID19 (figura 1).

Figura 1. Tendencia de la notificación por varicela en población general, Colombia, a semana epidemiológica 27, 2019-2026



Fuente: bases cerradas 831 Sivigila 2019-2025 y 2026p. Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia.

Entre 2025 y 2026 la incidencia de varicela no presentó diferencias estadísticamente significativas por sexo, pertenencia étnica, grupos de edad, área de residencia o régimen de afiliación ($p > 0,05$ en todos los casos). El hallazgo más relevante corresponde a la población privada de la libertad (PPL), único grupo con una diferencia estadísticamente significativa (riesgo relativo [RR] = 1,40; $p < 0,05$), la tasa aumentó un 39,9 % (de 223,1 a 312,1 por 100 000 habitantes), un valor más de 11 veces superior a la tasa nacional (tabla 1).

Tabla 1. Análisis comparativo de variables sociales y demográficas de la varicela, Colombia, a semana epidemiológica 27, 2025-2026

Categoría	2025			2026			2025	2026	Tasa de incremento	2026	
	n	%	Intervalos de confianza	n	%	Intervalos de confianza	Tasa	Tasa		Razón de tasas	p
Nacional	14986	100		14669	100		28,24	27,47	-2,74%	0,97	0,8939
Sexo											
Masculino	7990	53,32	52,52-54,11	7687	52,40	51,59-53,21	30,73	28,24	-8,12%	0,92	0,6989
Femenino	6996	46,68	45,89-47,48	6982	47,60	46,79-48,41	25,86	26,67	3,16%	1,03	0,8919
Pertenencia étnica											
Indígena	413	2,76	2,50-3,03	372	2,54	2,29-2,80	21,67	19,52	-9,93%	0,90	0,7608
Negro mulato afrocolombiano, raizal, palenquero	287	1,92	1,70-2,14	218	1,49	1,30-1,69	6,14	4,67	-24,04%	0,76	0,7744
Edad											
Menor de un año	594	3,96	3,66-4,28	541	3,69	3,39-4,00	82,74	76,65	-7,36%	0,93	0,6364
1 a 4 años	3149	21,01	20,37-21,67	2477	16,89	16,25-19,2	106,02	84,52	-20,28%	0,80	0,1294

5 a 9 años	1060	7,07	6,67-7,49	1037	7,07	6,66-7,49	26,99	26,71	-1,03%	0,99	>0,99
10 a 14 años	2335	15,58	15,01-16,17	1982	13,51	12,97-14,07	56,53	48,46	-14,27%	0,86	0,4351
15 a 19 años	2244	14,97	14,41-15,55	2466	16,81	16,21-17,42	51,56	57,25	11,04%	1,11	0,6338
20 a 39 años	4470	29,83	29,1-30,57	4874	33,23	32,47-33,99	26,38	28,54	8,19%	1,08	0,6889
40 a 59 años	880	5,87	5,50-6,26	1015	6,92	6,52-7,34	7,27	8,28	13,91%	1,14	0,8036
60 y más años	254	1,69	1,5-1,91	277	1,89	1,68-2,12	3,21	3,40	5,85%	1,06	>0,99
Área											
Cabecera municipal	12653	84,43	83,84-85	12569	85,68	85,11-86,24	31,43	31,01	-1,33%	0,99	>0,99
Centro poblado y rural disperso	2333	15,57	15-16,16	2100	14,32	13,76-14,89	18,23	16,32	-10,47%	0,90	0,7359
Régimen de afiliación											
Contributivo	7938	52,97	52,17-53,77	7824	53,34	52,53-54,14	34,09	33,56	-1,56%	0,98	>0,99
Subsidiado	5825	38,87	38,09-39,65	5518	37,62	36,84-38,4	21,76	20,47	-5,93%	0,94	0,7608
Excepción y especial	975	6,51	6,12-6,91	1092	7,44	7,03-7,88	43,28	48,06	11,04%	1,11	0,6024
No asegurado	156	1,04	0,89-1,21	155	1,06	0,90-1,23	*	*	*	*	*
Indeterminado	92	0,61	0,50-0,75	80	0,55	0,43-0,67	*	*	*	*	*
Grupo poblacional											
Migrantes	283	1,89	1,68-2,11	289	1,97	1,75-2,20	*	*	*	*	*
Privados de la libertad (PPL)	233	1,55	1,36-1,76	326	2,22	1,99-2,47	223,06	312,09	39,91%	1,40	<0,05
Gestantes	112	0,75	0,62-0,89	118	0,80	0,67-0,96	*	*	*	*	*
Desplazados	48	0,32	0,24-0,42	45	0,31	0,22-0,41	*	*	*	*	*
Discapacitados	21	0,14	0,09-0,21	26	0,18	0,12-0,25	*	*	*	*	*

■ Aumento estadísticamente significativo

■ Disminución estadísticamente significativa

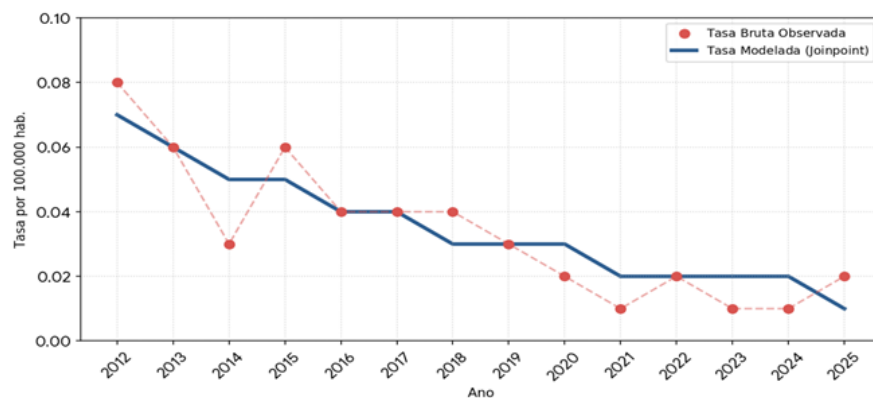
* sin denominador para cálculo de tasas

** promedio anual reportado por INPEC

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 831, base final 2025 y datos preliminares

El comportamiento histórico de la tasa de mortalidad por varicela entre 2012 y 2025, mediante un modelo de regresión Joinpoint que contrastó la tasa bruta observada con la tendencia suavizada, evidenció una mortalidad decreciente estadísticamente significativa, con una reducción anual constante del 11,8 %. No se identificó ningún punto de inflexión estadísticamente significativo, lo que confirma un descenso constante y lineal de las tasas a lo largo del período analizado (figura 2).

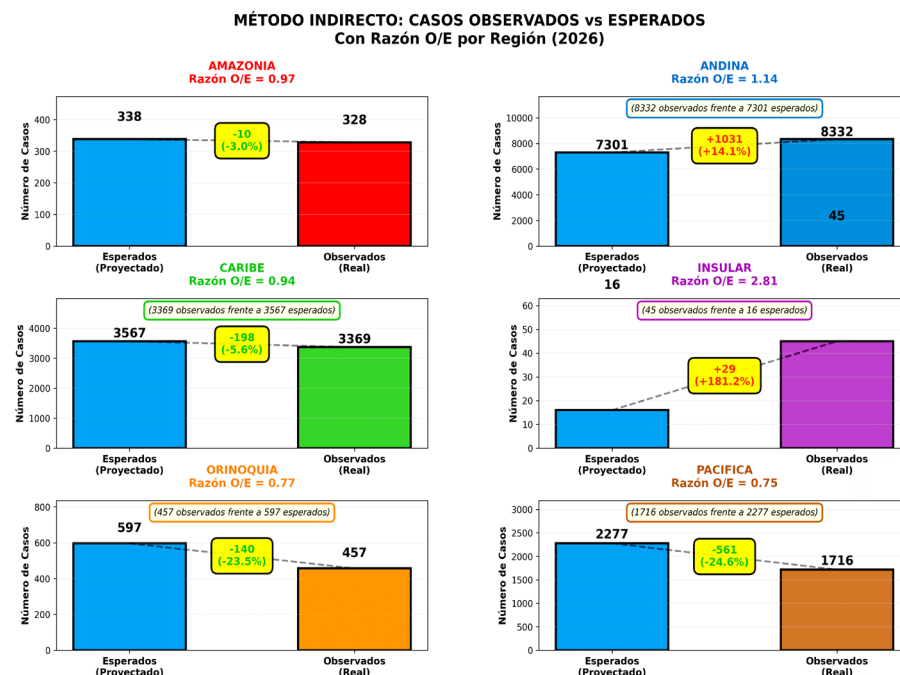
Figura 2. Tendencia temporal de la tasa de mortalidad por varicela, Colombia, 2012-2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Siviigila evento 831, base final 2012-2025.

El ajuste indirecto de las tasas de incidencia de varicela por regiones de Colombia a semana epidemiológica 27 de 2026, comparando los casos observados con los esperados mediante la razón Observado/Esperado (O/E), evidencia un exceso de casos en la región Andina (O/E=1,1) e Insular (O/E=2,8), lo que sugiere una incidencia mayor a la proyectada. En contraste, las regiones Orinoquía (O/E=0,77) y Pacífica (O/E=0,75) registran menos casos de los esperados, indicando una menor incidencia. La Amazonía (O/E=0,97) y Caribe (O/E=0,94) no presentan diferencias estadísticamente significativas entre los casos observados y esperados. En conjunto, los resultados muestran heterogeneidad regional en el comportamiento de la varicela, con alertas puntuales en las regiones Andina e Insular (figura 3).

Figura 3. Casos observados vs esperados (razón O/E)*, Colombia, por regiones, a semana epidemiológica 27 de 2026

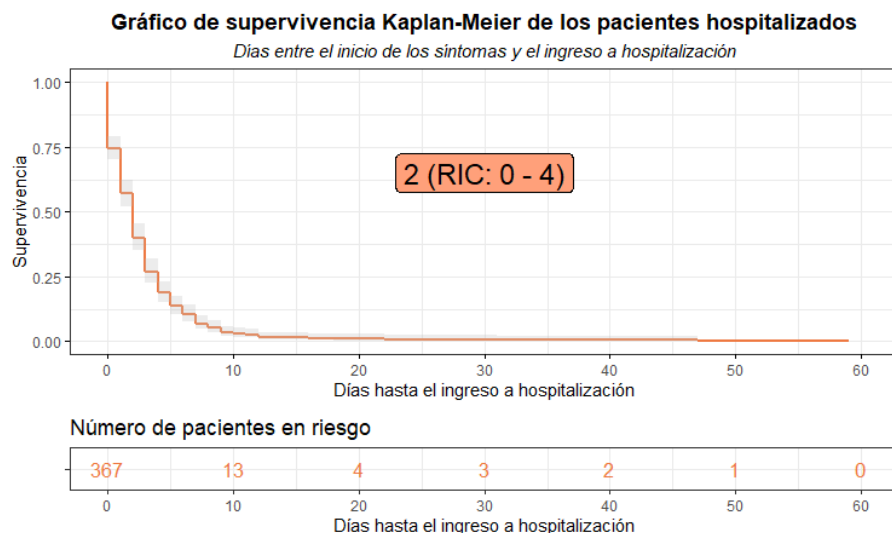


* Ajuste de tasas de incidencia de varicela por método indirecto

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Siviigila evento 831, 2026, datos preliminares

El análisis de supervivencia, mediante el método de Kaplan-Meier, describió el tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y el ingreso hospitalario en pacientes con varicela. La caída pronunciada en la curva evidencia la probabilidad de permanecer sin hospitalizarse en los primeros diez días, pasando de 1 a 0,05, lo que indica que la gran mayoría de pacientes que terminan hospitalizados lo hacen de forma temprana tras el inicio de cuadro clínico. La mediana de tiempo hasta el ingreso es de dos días, lo que es clínicamente coherente con la historia natural de la enfermedad, ya que las complicaciones que normalmente motivan la hospitalización suelen manifestarse en la fase aguda de la enfermedad, generalmente entre el segundo y cuarto día del exantema (figura 4).

Figura 4. Análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier, del tiempo hasta el ingreso hospitalario en pacientes con varicela, Colombia, a semana epidemiológica 27 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Siviigila evento 831, 2026, datos preliminares.

Conclusiones

- La incidencia de la varicela a semana epidemiológica 27 de 2026 (datos preliminares) en población general es de 27,4 casos por 100 000 habitantes, con variación porcentual de -2,7 % frente al año anterior; mostrando entre 2022 y 2026 una recuperación estable de la incidencia (entre 22,8 y 28,2 casos por 100 000 habitantes), sin mostrar una tendencia clara a la disminución adicional, lo que sugiere que persisten bolsones de susceptibles.
- El hallazgo más relevante del análisis social y demográfico corresponde a la población privada de la libertad, único grupo con una diferencia estadísticamente significativa (RR = 1,40; $p < 0,05$): su tasa aumentó 39,9 % (de 223,06 a 312,09 por 100 000), un valor más de 11 veces superior a la tasa nacional.
- La mortalidad por varicela en Colombia experimenta un descenso sistemático, lineal y estadísticamente significativo a una velocidad de -11,83 % anual

($p < 0,05$) entre los años 2012-2015, sin quiebres estructurales en la tendencia general. Aunque se presentan repuntes epidémicos menores (como el observado en 2025), el análisis estadístico demuestra que estos eventos no alteran la reducción del riesgo de morir por varicela en el territorio nacional.

- La incidencia ajustada de varicela en Colombia mantiene un patrón esperado de mayor carga en la primera infancia y descenso progresivo con la edad, con identificación de incidencias significativas en la región Orinoquía en el grupo de 18-39 años. La elevación generalizada y transversal de las tasas en el grupo de 18-39 años en todas las regiones sugiere la influencia de dinámicas poblacionales específicas en este grupo.
- Las hospitalizaciones por varicela en la cohorte analizada, 2026 con corte a semana epidemiológica 27, están mayoritariamente asociadas a complicaciones que se manifiestan de manera temprana, a otras complicaciones asociadas y no a un deterioro progresivo tardío.

Recomendaciones

Para entidades territoriales de los niveles departamental y municipal

- Reforzar la búsqueda activa institucional y comunitaria de casos de varicela en entornos escolares (jardines, colegios), dado que son un importante escenario de brotes e intensificar las estrategias de vacunación de puesta al día dirigida a niños con esquema incompleto, con el fin de reducir bolsas de susceptibles y evitar el estancamiento de la incidencia en los niveles actuales.
- Intensificar la vigilancia del evento en poblaciones de especial interés, reforzando las acciones de control y contención de brotes, principalmente en la región Orinoquía.

Para Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)

- Fortalecer la identificación temprana de signos de alarma en varicela (fiebre persistente, sobreinfección de lesiones, dificultad respiratoria, compromiso neurológico, entre otros) durante los primeros 3 a 5 días de inicio de exantema, momento de mayor riesgo de hospitalización.

Referencias

1. Dayan RR, Peleg R. Herpes zóster—typical and atypical presentations. Postgrad Med. 2017;129(7):567-571. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00325481.2017.1335574>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chapter 17: Varicella. En: Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 [citado 21 jul 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-17-varicella.html>
3. World Health Organization (WHO). Chickenpox [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Jul 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/chickenpox>
4. Nascimento JMHN, Sousa MNA, Morais AMB. Atualização clínica na infecção pela varicela zóster. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2023;23(3). Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11758>
5. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Varicela. Versión 07. [Internet] 2025. Fecha de consulta: 20 de julio de 2026. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/BJUD3428>
6. Shah HA, Meiwald A, Perera C, Casabona G, Richmond P, Jamet N. Global Prevalence of Varicella-Associated Complications: A Systematic Review and Meta-Analysis. Infectious Diseases and Therapy. 2024;13(1). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40121-023-00899-7>
7. Public Health Agency of Canada. Vaccine Preventable Disease: Surveillance Report to december 31, 2019. Ottawa: Government of Canada; 2021. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/vaccine-preventable-disease-surveillance-report-2019.html>

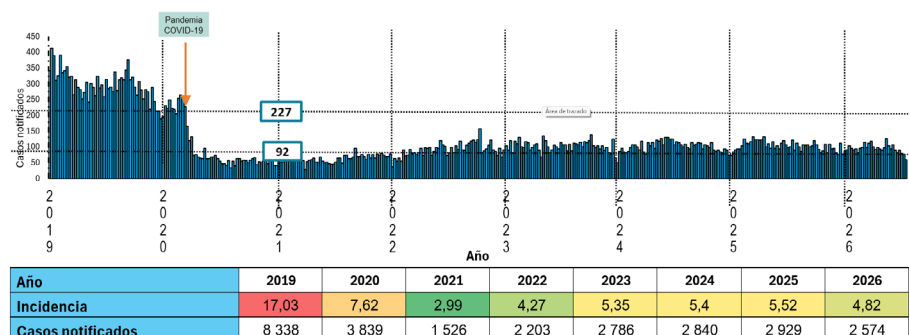
Comportamiento epidemiológico de la parotiditis en Colombia, a semana epidemiológica 27 de 2026

Introducción

La parotiditis infecciosa o paperas son una enfermedad viral sistémica aguda y autolimitada causada por un paramixovirus del cual solo existe un serotipo conocido; se caracteriza por la inflamación de una o más glándulas salivales, generalmente las parótidas (1-2). Los humanos son el único huésped y afecta principalmente a niños y adultos jóvenes. Se transmite por contacto directo o por gotitas de las vías respiratorias superiores de las personas infectadas (2). El periodo de incubación promedio de las paperas es de 16 a 18 días, con un rango de 12 a 25 días y un periodo infeccioso de dos días antes hasta cinco días después del inicio de la parotiditis (3). Normalmente, las paperas son una enfermedad leve y autolimitada que desaparece sin dejar secuelas. Sin embargo, pueden presentarse complicaciones como encefalitis o sordera neurosensorial. La orquitis (inflamación dolorosa de los testículos) se presenta en el 20 % de los hombres jóvenes que contraen paperas (2). La parotiditis es una enfermedad prevenible por vacunación que continúa presentándose en Colombia con una dinámica que muestra estabilización en niveles pospandémicos. Sin embargo, los casos se concentran en poblaciones vulnerables y entornos de alta convivencia (4).

Hasta la semana epidemiológica 27 de 2026, se han notificado 2 574 casos de parotiditis en población general, representando una incidencia de 4,8 casos por 100 000 habitantes. Esto refleja una variación interanual de -12,6 % comparado con 2025 (5,5 casos por 100 000 habitantes). La tendencia de la notificación de casos de parotiditis en Colombia entre 2019 y 2026, destaca cómo la pandemia de COVID-19 en 2020 generó una marcada disminución en los reportes, reflejada en la caída abrupta de la incidencia y el número de casos notificados. Posteriormente, se observa una recuperación progresiva y sostenida de la incidencia, estabilizándose en un nuevo nivel endémico entre 2022 y 2026, sustancialmente por debajo del nivel prepandémico de 2019 y sin mostrar hasta el momento una tendencia a regresar a los valores previos a 2020 (figura 5).

Figura 5. Tendencia de la notificación por parotiditis en población general, Colombia, a semana epidemiológica 27, 2025-2026



Fuente: bases cerradas 620 Sivigila 2019-2025 y 2026p. Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia.

Entre 2025 y 2026 la incidencia de parotiditis no presentó diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los estratos sociodemográficos analizados —sexo, pertenencia étnica, grupo de edad, área de residencia, régimen de afiliación y grupo poblacional— ($p>0,05$ en todos los casos). El grupo de 1 a 4 años fue el único con incremento en su tasa (+9,02%), mientras que la mayor reducción relativa se observó en población privada de la libertad (-65,68%), con un tamaño muestral muy reducido. Estos hallazgos sugieren un descenso generalizado del evento, más que una concentración en subgrupos específicos (tabla 2).

Tabla 2. Análisis comparativo de variables sociales y demográficas de la parotiditis, Colombia, a semana epidemiológica 27, 2025-2026

Categoría	2025			2026			2025	2026	2026		
	n	%	Intervalos de confianza	n	%	Intervalos de confianza	Tasa	Tasa	Tasa de incremento	Razón de tasas	p
Nacional	14986	100		14669	100		28,24	27,47	-2,74%	0,97	0,8939
Sexo											
Masculino	1447	49,40	47,59-51,21	1201	46,66	44,74-48,59	5,57	4,41	-20,73%	0,79	0,5488
Femenino	1482	50,60	48,79-52,41	1373	53,34	51,41-55,26	5,48	5,25	-4,24%	0,96	>0,99
Pertenencia étnica											
Indígena	36	1,23	0,88-1,69	23	0,89	0,59-1,33	1,89	1,21	-36,11%	0,64	0,625
Negro mulato afrocolombiano, raizal, palenquero	42	1,43	1,06-1,93	25	0,97	0,65-1,43	0,90	0,54	-40,48%	0,60	>0,99

Edad											
Menor de un año	27	0,92	0,63-1,33	22	0,85	0,56-1,29	3,76	3,12	-17,12%	0,83	0,7266
1 a 4 años	423	14,44	13,22-15,76	455	17,68	16,25-19,2	14,24	15,53	9,02%	1,09	0,7201
5 a 9 años	709	24,21	22,69-25,79	547	21,25	19,71-22,87	18,05	14,09	-21,95%	0,78	0,4869
10 a 14 años	343	11,71	10,6-12,93	282	10,96	9,80-12,22	8,30	6,90	-16,97%	0,83	0,8036
15 a 19 años	114	3,89	3,25-4,65	110	4,27	3,55-5,12	2,62	2,55	-2,50%	0,97	>0,99
20 a 39 años	569	19,43	18,03-20,9	490	19,04	17,57-20,6	3,36	2,87	-14,56%	0,85	0,6875
40 a 59 años	413	14,10	12,89-15,41	367	14,26	12,96-15,66	3,41	3,00	-12,24%	0,88	>0,99
60 y más años	331	11,30	10,2-12,5	301	11,69	10,51-12,99	4,18	3,69	-11,74%	0,88	0,7266
Área											
Cabecera municipal	2558	87,33	86,08-88,49	2319	90,09	88,88-91,19	6,35	5,72	-9,95%	0,90	0,7744
Centro poblado y rural d	371	12,67	11,51-13,92	255	9,91	8,81-11,12	2,90	1,98	-31,64%	0,68	0,6875
Régimen de afiliación											
Contributivo	1693	57,80	56-59,58	1514	58,82	56,91-60,71	7,27	6,49	-10,68%	0,89	0,7905
Subsidiado	1056	36,05	34,33-37,81	915	35,55	33,72-37,42	3,94	3,39	-13,96%	0,86	0,7266
Excepción y Especial	139	4,75	4,03-5,57	105	4,08	3,38-4,91	6,17	4,62	-25,11%	0,75	0,7744
No asegurado	27	0,92	0,63-1,33	29	1,13	0,78-1,61	*	*	*	*	*
Indeterminado	14	0,48	0,28-0,80	11	0,43	0,23-0,76	*	*	*	*	*
Grupo poblacional											
Migrantes	69	2,36	1,86-2,97	60	2,33	1,81-2,98	*	*	*	*	*
Privados de la libertad	3	0,10	0,03-0,30	1	0,04	0,006-0,21	2,87	0,99	-65,68%	0,34	0,375
Gestantes	6	0,20	0,09-0,44	5	0,19	0,08-0,45	*	*	*	*	*
Desplazados	5	0,17	0,07-0,39	8	0,31	0,15-0,61	*	*	*	*	*
Discapacitados	2	0,07	0,01-0,24	1	0,04	0,006-0,21	*	*	*	*	*

■ Aumento estadísticamente significativo

■ Disminución estadísticamente significativa

* sin denominador para cálculo de tasas

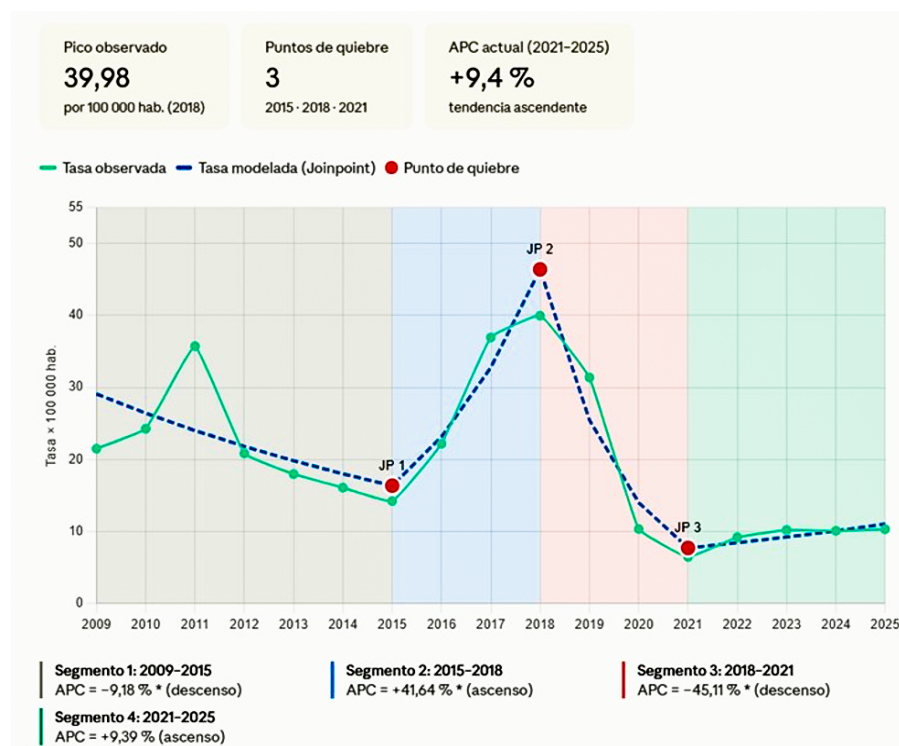
** promedio anual reportado por INPEC

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 620 base final 2025 y datos preliminares 2026

El comportamiento histórico de la tasa de incidencia de parotiditis entre 2009 y 2025, mediante un modelo de regresión Joinpoint, identificó tres puntos de quiebre estadísticamente significativos en 2015, 2018 y 2021, dividiendo la serie en cuatro segmentos de tendencia diferenciados: el primer segmento (2010-2015) con un APC negativo que muestra un descenso de 14,4%; seguido de un incremento abrupto entre 2015 y 2018 con un APC de 50,2, con 2018 como el año que registra la tasa histórica máxima del periodo analizado, con una incidencia de 21.8 casos por 100 000 habitantes. A partir de 2018 y hasta 2021,

la incidencia presentó la caída más pronunciada de la serie, con un APC negativo de 43,0 %, en parte en coincidencia con las medidas de distanciamiento social adoptadas durante la pandemia, alcanzando el valor mínimo histórico de 2,9 casos por 100 000 habitantes en 2021. Desde ese año, la tendencia es nuevamente ascendente, configurando lo que podría ser una reemergencia progresiva que se mantiene hasta 2026 (figura 6).

Figura 6. Tendencia temporal de la tasa de incidencia de parotiditis, Colombia, a semana epidemiológica 27, 2009-2025

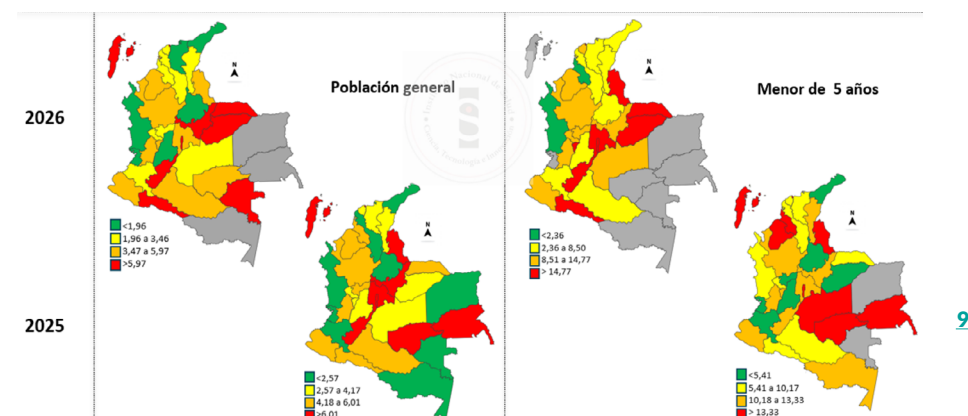


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 620, base final 2009-2025 y datos preliminares 2026

La distribución espacial de la incidencia de parotiditis en población general y menores de 5 años a semana epidemiológica 27, muestra un aumento en población general por entidad territorial en 2026 respecto a 2025, con una concentración de las incidencias más altas en el nororiente del país: Norte Santander, Santander y Cesar, mientras que la región Amazónica y el Pacífico Sur mantienen las incidencias

más bajas. En el grupo de menores de 5 años, el patrón es más heterogéneo e intenso: los cortes de percentiles son significativamente más altos que en la población general, lo que refleja una mayor concentración en este grupo de edad. Persisten focos de alta incidencia en el Nororiente y la Amazonía, además de que tenemos varios departamentos en gris por ausencia de notificación (figura 6).

Figura 7. Tasa de incidencia por parotiditis en grupos de edad priorizados, Colombia, a semana epidemiológica 27, 2025-2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 620, base final 2025 y datos preliminares 2026

Conclusiones

La incidencia de parotiditis en Colombia se ha estabilizado en un nivel endémico considerablemente más bajo que el observado antes de la pandemia (aproximadamente un tercio del valor de 2019), lo que sugiere un cambio estructural en la dinámica de transmisión más que una fluctuación transitoria.

El análisis de regresión de Joinpoint evidencia que la parotiditis en Colombia no ha alcanzado el control sostenido durante el periodo analizado (2010-2026): los tres puntos de quiebre identificados reflejan una dinámica epidemiológica cíclica determinada por la acumulación de susceptibles, la inmunidad menguante y el efecto transitorio de las medidas pandémicas. La tendencia ascendente sostenida desde 2021, muestra que la reemergencia postpandemia está en curso, con un riesgo real de escalar hacia un nuevo ciclo epidémico de mayor intensidad.

El indicador de la incidencia de parotiditis por entidad territorial, muestra un patrón de intensificación territorial en población general hacia 2026, con desplazamiento progresivo de departamentos desde categoría de baja a alta incidencia; en contraste, en menores de cinco años la distribución muestra una redistribución heterogénea que no implica necesariamente una reducción del riesgo, sino posiblemente una mayor dispersión territorial del evento en este grupo, cuya tasa de incidencia continúa siendo mucho más alta que la de población general en todas las entidades territoriales con datos disponibles.

Recomendaciones

Para Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), entidades territoriales departamentales/distritales y municipales

- Verificar esquemas de vacunación contra parotiditis y coberturas históricas en cohortes que crecieron durante la pandemia, para determinar si la estabilización actual de la incidencia es sostenible o si existe acumulación silenciosa de susceptibles que podrían derivar en brotes de gran magnitud a mediano plazo y que estaría demostrando que hay un estancamiento de la incidencia en los niveles actuales.

Para entidades territoriales departamentales/distritales, municipales

- Reforzar la búsqueda activa institucional, así como la vigilancia activa comunitaria de casos de parotiditis en entornos escolares y de alta convivencia (jardines, colegios, universidades, internados, centros penitenciarios), dado que son un potencial escenario de brotes explosivos (espacios cerrados y masa crítica de susceptibles).
- Asegurar articulación con otras entidades clave en la identificación y manejo oportuno de brotes del evento: ICBF, Secretaría de Educación, Internados, para mantener la vigilancia activa reforzada en la población pediátrica, especialmente en el grupo de 1 a 4 años.

Referencias

1. Weisberg LS. Hyperkalemia: Overview [Internet]. New York: Medscape; actualizado periódicamente [citado 21 jul 2026]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/966678-overview>
2. World Health Organization. Mumps. Geneva: World Health Organization; [citado 22 jul 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/norms-and-standards/vaccine-standardization/mumps>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical overview of mumps [Internet]. Atlanta: CDC; 2025 Jan 17 [citado 22 jul 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/mumps/hcp/clinical-overview/index.html#cdc_clinical_overview_incubation-incubation-period
4. Instituto Nacional de Salud. Parotiditis: informe de evento 2025 [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 22 jul 2026]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/PAROTIDITIS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202025.pdf>



SITUACIÓN NACIONAL

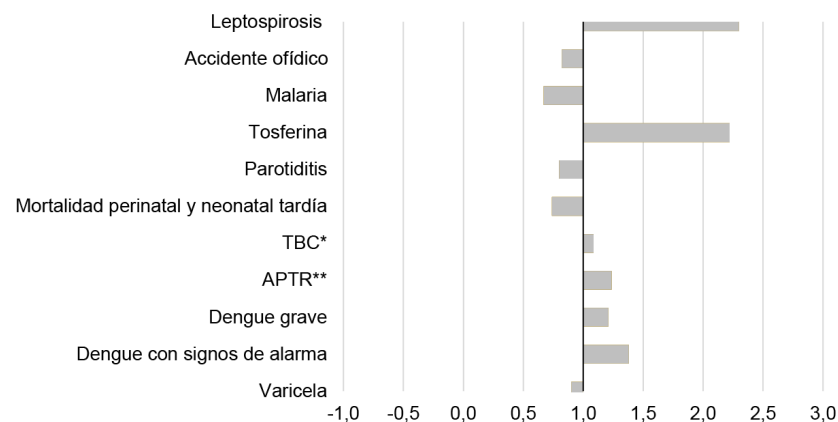
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la Semana Epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis de los eventos de dengue grave y dengue con signos de alarma, se excluye el año 2024, dado que corresponde a un periodo epidémico que podría sesgar los resultados.

Los datos son ajustados semanalmente por rezago en la notificación de los eventos de interés en salud pública.

Para la semana epidemiológica 28 de 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 8).

Figura 8. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 28 del 2026



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

*TBC: tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

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

Tabla 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 28 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	103114	102179	0,41	0,68

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

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros, en los cuales se asume ocurrencia aleatoria en el tiempo, se calculó la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2021 a 2025. Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determinó si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

Los casos esperados se construyen con casos históricos que han sido confirmados, mientras que los casos observados corresponden a la notificación de la semana analizada exceptuando los casos descartados.

En la semana epidemiológica 28 del 2026, el evento de zika se encontró por encima de lo esperado, mientras que los eventos lepra, leishmaniasis cutánea mucosa y leishmaniasis cutánea se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	5	1	0,03
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,00
Leishmaniasis cutánea	13	82	0,00
Lepra	3	7	0,02
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0,27
Mortalidad por dengue	7	5	0,13
Chikunguña	0	1	1,00

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 28 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

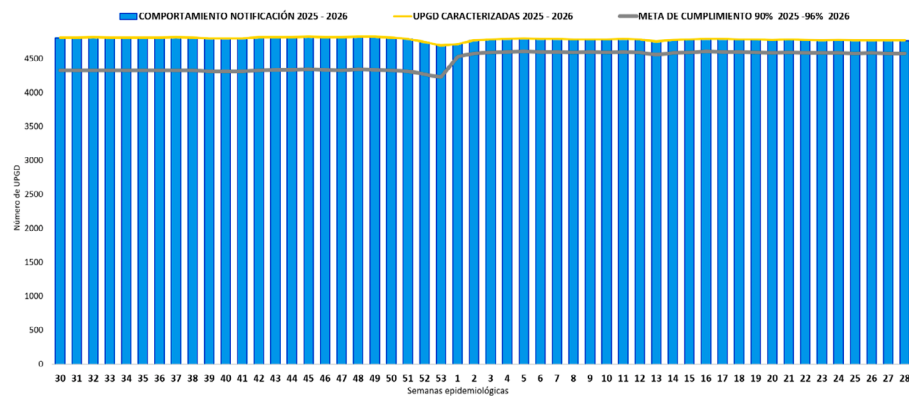
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con respecto a la semana 28 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 99,81 % (4 759 / 4 768); observando una disminución del 0,02 % respecto a la semana anterior y una disminución de 0,17 % con relación a la semana 28 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

En relación con el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 28 de 2026, a nivel nacional se detectó que el 0,17 % de las UPGD caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico, estas corresponden a UPGD de las entidades territoriales de Bolívar (2), Santiago de Cali (1), Cesar (1), Chocó (1), Cundinamarca (1), Quindío (1), Sucre (1) y Tolima (1).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el periodo 2025-2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4576 UPGD en la semana analizada (figura 9).

Figura 9. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 28 de 2026



Fuente: Sivegila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026.
UPGD: Unidades Primarias Generadoras de Datos



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos y que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sívigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis¹.

Para el análisis de los datos se establecieron los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica analizada. Para esto, se comparó el número de casos observados acumulados en cada clase de mortalidad (infección respiratoria aguda, por desnutrición aguda y enfermedad diarreica aguda) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 2019 y 2025; se excluyeron los años 2020 y 2021 por pandemia COVID-19. Con la prueba de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y lo esperado con un valor de $p < 0,05$, que identifica las entidades territoriales que presentaron aumentos o disminuciones estadísticamente significativas.

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE. Para el 2026 y 2025 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

El acumulado de muertes notificadas para los tres (3) eventos puede variar por la notificación tardía y la clasificación final del caso en la unidad de análisis.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. <http://url.ins.gov.co/9130q>

A semana epidemiológica 28 del 2026, se han notificado 351 muertes probables en menores de cinco años, siete (7) casos de infección respiratoria aguda (IRA), dos (2) de desnutrición aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 341 casos notificados de residentes en Colombia, 214 fueron por IRA, 70 por desnutrición (DNT) aguda y 57 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 144 fueron confirmados, 65 descartados y 132 se encuentran en estudio (tabla 5).

Tabla 5. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 28 2026			Casos en estudio a SE 28 2026			Tasa a SE 28 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	34	78	32	29	89	14	0,93	2,14	0,88
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	2	8	0	4	13	2	0,48	1,91	0,00
Arauca	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00	4,30
Atlántico	0	2	0	0	1	0	0,00	1,69	0,00
Barranquilla	0	3	0	1	2	1	0,00	3,71	0,00
Bogotá, D.C.	0	6	0	0	11	1	0,00	1,41	0,00
Bolívar	2	4	0	1	3	0	1,83	3,66	0,00
Boyacá	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	1	1	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	0	0	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	2	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	0	1	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	1	1	1	3	0	0,00	0,82	0,82
Cesar	2	4	2	6	3	1	1,49	2,98	1,49
Chocó	12	12	8	5	8	2	18,55	18,55	12,36
Córdoba	1	5	0	0	5	0	0,59	2,96	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	4	0	0,00	0,88	0,00
Guainía	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Huila	0	1	1	0	1	0	0,00	0,95	0,95
La Guajira	10	5	6	4	11	2	8,96	4,48	5,38
Magdalena	0	2	3	0	0	0	0,00	2,23	3,34
Meta	0	3	0	1	2	2	0,00	3,52	0,00
Nariño	0	4	2	0	1	0	0,00	3,20	1,60
Norte de Santander	0	3	0	0	0	0	0,00	2,61	0,00
Putumayo	1	0	1	0	0	1	2,99	0,00	2,99
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	2	2	0	4	0	0,00	3,39	3,39
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	1	0	1	1	0	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	1	1	0	2	0	0,00	0,66	0,66
Sucre	0	1	1	0	0	0	0,00	1,15	1,15
Tolima	0	2	0	1	3	1	0,00	2,19	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	1	1	0	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	3	0	0	3	3	0	17,66	0,00	0,00

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

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

Nota: las entidades territoriales que no registraron casos a SE 28 de 2026, no figuran en la tabla.

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 28 del 2026 se han notificado 214 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 42 confirmadas por laboratorio, 36 confirmadas por clínica, 47 descartadas, y 89 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,14 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 28 fueron 160, para una tasa de mortalidad de 4,34 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 28 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Distrito de Barraquilla, Bogotá, D.C, Santiago de Cali, Caquetá, Córdoba y Valle del Cauca y, a nivel municipal, en Dabeiba y Puerto Gaitán. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 28 de 2026 son *Rhinovirus*, *Bordetella pertussis* y enterovirus entre otros (tabla 6).

Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 28, 2025-2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Rhinovirus	9	2	5	1	0	17	8	1	1	2	2	14
Bordetella pertussis	7	0	0	0	0	7	13	0	0	0	0	13
Enterovirus	7	1	2	1	0	11	3	1	0	2	2	8
Streptococcus pneumoniae	2	2	1	1	0	6	4	1	0	1	2	8
Haemophilus influenzae B	6	4	0	1	0	11	3	1	0	1	1	6
Virus Sincitial Respiratorio	5	2	2	0	0	9	6	0	0	0	0	6
Staphylococcus aureus	7	1	1	0	0	9	5	0	0	0	0	5
Adenovirus	4	0	1	1	1	7	1	0	0	2	1	4
Metapneumovirus	2	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	3
Moraxella catarrhalis	2	3	1	0	0	6	2	0	0	0	1	3
Pseudomonas aeruginosa	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	3
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
Influenza A	4	0	2	1	0	7	0	0	0	0	1	1
Klebsiella pneumoniae	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	3	1	0	1	0	5	1	0	0	0	0	1
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	65	20	16	7	1	109	52	5	2	9	11	79

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 28 de 2026 se han notificado 70 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 34 confirmadas, siete (7) descartadas y 29 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,93 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 28 fue de 96, para una tasa de mortalidad de 2,60 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 28 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Chocó, La Guajira, Magdalena y Risaralda, y a nivel municipal en Medio Baudó, Riohacha, Maicao, Uribe, Ciénaga y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 28 de 2026 se han notificado 57 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 30 confirmadas por clínica, dos (2) confirmadas por laboratorio, 11 descartadas y 14 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,88 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 28 fue de 45 para una tasa de mortalidad de 1,22 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 28 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de La Guajira y Risaralda, y a nivel municipal, en Bagadó y Uribia. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

Para el cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAF ND 2025 y 2026 datos preliminares

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 28 de 2026 se notificaron al Sivigila cuatro (4) casos: una (1) muerte materna temprana y tres (3) muertes maternas tardías. El país acumula 72 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 68 residen en territorio colombiano y cuatro (4) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 28, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	142	80	40	262
2024	111	77	28	216
2025	103	87	26	216
2026p	68	59	25	152

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 28 de 2026 fue de 29,2 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 45,9 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2025. Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 23 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá, D.C., Antioquia, La Guajira, y Chocó. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Bolívar, Córdoba, Norte de Santander y Santander; sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 8).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Caldonio (Cauca); en el promedio histórico 2022-2025, este municipio no había registrado casos para este evento (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 28 de 2026, el 60,3 % corresponde a causas directas y el 30,9 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 22,1 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 28	Acumulado de casos a SE 28		Razón de MM por 100 000 NV a SE 28	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	125	103	68	45,9	29,2
Chocó	7	4	5	128,2	171,5
Vichada	1	1	1	145,6	149,7
Caquetá	2	1	3	39,5	121,3
La Guajira	10	8	6	95,8	70,8
Cartagena de Indias	3	1	4	16,7	65,3
Nariño	7	5	4	83,5	63,8
Magdalena	4	1	3	21,3	63,2
Cesar	7	9	4	121,4	52,6
Risaralda	3	3	2	82,7	50,9
Quindío	1	1	1	50,0	49,0
Cauca	5	1	3	16,2	46,2
Sucre	2	1	2	21,5	43,1
Casanare	1	3	1	123,9	41,5
Tolima	3	2	2	33,9	32,6
Bogotá	11	10	10	34,0	32,3
Santa Marta	2	0	1	0,0	31,4
Cundinamarca	6	5	4	35,9	27,6
Antioquia	13	13	7	48,7	24,9
Boyacá	2	1	1	19,5	18,7
Meta	2	1	1	16,9	16,0
Huila	3	2	1	30,0	14,4
Valle del Cauca	2	2	1	28,3	13,7
Cali	3	3	1	34,8	11,4
Arauca	1	0	0	0,0	0,0
Atlántico	4	4	0	66,4	0,0
Barranquilla	3	4	0	59,7	0,0
Bolívar	5	4	0	66,1	0,0
Buenaventura	1	1	0	76,6	0,0
Caldas	1	0	0	0,0	0,0
Córdoba	5	4	0	45,8	0,0
Guainía	1	2	0	501,3	0,0
Guaviare	0	0	0	0,0	0,0
Norte de Santander	4	3	0	39,3	0,0
Putumayo	1	0	0	0,0	0,0
Santander	3	3	0	31,1	0,0

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

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 28 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 28	Valor observado SE 28
Colombia	125	68
Caldono (Cauca)	0	1*

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

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

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 28 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 28	Número de casos y proporción a SE 28 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	107	111	100	103	100	68	100
DIRECTA	69	70	63,1	67	65,0	41	60,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	23	22	19,8	23	22,3	15	22,1
Hemorragia obstétrica	21	22	19,8	19	18,4	9	13,2
Evento tromboembólico como causa básica	7	7	6,3	7	6,8	5	7,4
Sepsis obstétrica	6	5	4,5	6	5,8	4	5,9
Embarazo ectópico	5	4	3,6	6	5,8	3	4,4
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	3,6	4	3,9	2	2,9
Embolia de líquido amniótico	1	2	1,8	0	0,0	1	1,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	2,7	2	1,9	1	1,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
Otras causas directas	1	1	0,9	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	37	39	35,1	34	33,0	21	30,9
Otras causas indirectas	13	14	12,6	11	10,7	13	19,1
Otras causas indirectas: neumonía	6	5	4,5	7	6,8	3	4,4
Sepsis no obstétrica	7	5	4,5	8	7,8	3	4,4
Otras causas indirectas: cáncer	6	7	6,3	4	3,9	2	2,9
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	1,9	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	1,8	2	1,9	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	4	3,6	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	1,0	0	0,0
En estudio	2	2	1,8	1	1,0	6	8,8

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 28 del 2026 se han notificado 3 298 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 265 corresponden a residentes en Colombia y 33 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 14,0 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, La Guajira y Córdoba. Las razones más altas se observaron en Vichada, Guainía, Chocó, Buenaventura, y Amazonas.

Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 28 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Casanare, Guaviare, Putumayo y San Andrés y Providencia (tabla 11).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Dosquebradas (Risaralda), Itagüí (Antioquia), Tunja (Boyacá), Santander de Quilichao (Cauca), Granada (Meta), Inírida (Guainía), La Estrella (Antioquia), Arauquita (Arauca), Pueblo Bello (Cesar), Alto Baudó (Chocó), Carepa (Antioquia), San Juan de Urabá (Antioquia), Roberto Payán (Nariño), Isnos (Huila), Puerto López (Meta), Cicuco (Bolívar), Paipa (Boyacá), Carmen del Darién (Chocó), Quimbaya (Quindío), Guamo (Tolima), Peñol (Antioquia), Zambrano (Bolívar), Bahía Solano (Chocó), Tolú Viejo (Sucre) y Restrepo (Valle del Cauca) (tabla 12).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,7 %, seguido de neonatales tempranas con 28,0 %, neonatales tardías con 17,8 %, y las fetales intraparto con 11,5 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,3 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,1 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,7 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 28 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 11. Número de casos, razón y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 28	Acumulado de casos a SE 28		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	4033	3017	3265	13,7	14,0
Vichada	20	20	22	29,6	32,9
Guainía	11	9	15	22,8	31,4
Chocó	98	58	83	18,8	28,5
Buenaventura	43	39	33	30,3	25,3
Amazonas	9	11	9	30,5	22,1
Arauca	34	14	33	9,3	19,5
Bolívar	119	89	107	14,9	17,2
La Guajira	214	144	142	17,5	16,8
Cauca	130	82	107	13,5	16,5
Caldas	54	46	49	16,4	16,4
Quindío	33	25	33	12,7	16,2
Córdoba	205	128	141	14,9	16,1
Sucre	100	56	73	12,2	15,7
Vaupés	7	4	4	15,8	15,6
Cesar	140	114	118	15,6	15,5
Santiago de Cali	159	139	135	16,4	15,4
Nariño	113	115	95	19,4	15,1
Barranquilla	146	87	111	13,1	15,1
Santa Marta	49	33	45	11,0	14,1
Antioquia	457	362	396	13,7	14,1
Risaralda	59	41	55	11,5	14,0
Cartagena de indias	126	82	85	13,9	13,9
Cundinamarca	226	197	200	14,3	13,8
Huila	98	65	93	9,9	13,4
Caquetá	36	25	33	10,0	13,3
Magdalena	104	83	63	17,9	13,3
Bogotá, D.C.	425	331	402	11,4	13,0
Meta	97	95	78	16,4	12,5
Valle del Cauca	115	97	89	14,0	12,2
Norte de Santander	118	78	92	10,4	11,4
Putumayo	32	22	20	12,2	10,5
Boyacá	75	63	56	12,4	10,5
Tolima	82	56	61	9,6	10,0
Santander	123	85	98	8,9	9,9
Atlántico	122	72	63	12,2	9,5
Casanare	41	35	21	14,6	8,7
San Andrés y Providencia	6	8	2	29,0	7,6
Guaviare	9	7	3	13,6	5,4

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

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 28 2021 - 2025	Valor observado a SE 28 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	4 033	3 265	-
Manaure (La Guajira)	18	26	11
Cumaribo (Vichada)	13	19	10
Dosquebradas (Risaralda)	12	18	19
Itagüi (Antioquia)	12	17	1
Tunja (Boyacá)	9	16	25
Santander de Quilichao (Cauca)	11	15	1
Granada (Meta)	6	13	23
Inírida (Guainía)	7	12	1
La Estrella (Antioquia)	3	10	13
Arauquita (Arauca)	5	9	8
Pueblo Bello (Cesar)	5	9	2
Alto Baudó (Chocó)	3	9	15
Carepa (Antioquia)	5	8	2
San Juan de Urabá (Antioquia)	3	7	3
Roberto Payán (Nariño)	2	7	6
Isnos (Huila)	2	6	8
Puerto López (Meta)	2	6	2
Cicuco (Bolívar)	1	5	4
Paipa (Boyacá)	1	5	11
Carmen del Darién (Chocó)	2	5	2
Quimbaya (Quindío)	2	5	4
Guamo (Tolima)	2	5	4
Peñol (Antioquia)	1	4	11
Zambrano (Bolívar)	1	4	7
Bahía Solano (Chocó)	1	4	16
Tolú Viejo (Sucre)	1	4	8
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	22

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

Tabla 13. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 28, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 28, 2024 - 2026					
	2024 a SE 28	(%)	2025 a SE 28	(%)	2026 a SE 28	(%)
Colombia	3 290	100,0	3 017	100,0	3 265	100,0
Asfixia y causas relacionadas	862	26,2	841	27,9	830	25,4
Prematuridad-inmadurez	540	16,4	508	16,8	560	17,2
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	494	15,0	466	15,4	446	13,7
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	384	11,7	319	10,6	315	9,6
Infecciones	284	8,6	271	9,0	252	7,7
Malformación congénita	300	9,1	257	8,5	245	7,5
Otras causas de muerte	216	6,6	189	6,3	201	6,2
Sin información	0	0,0	0	0,0	177	5,4
Causas no específicas	82	2,5	49	1,6	130	4,0
Trastornos cardiovasculares	97	2,9	86	2,9	74	2,3
Convulsiones y trastornos neurológicos	17	0,5	15	0,5	23	0,7
Lesión de causa externa	14	0,4	16	0,5	12	0,4

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 28 de 2026, a partir de las variables registradas en las fichas epidemiológicas de los eventos colectivos e individuales (códigos INS 995 y 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: Corresponde a todas las atenciones por IRA en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización general, UCI/UCIM y defunciones, según los códigos CIE-10 de J00 a J22¹.

Los canales endémicos para consultas externas, urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron a través de la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda a partir del cálculo de la media geométrica, el umbral estacional y el intervalo de confianza, utilizando datos históricos del periodo 2019 a 2025.

El análisis para la identificación de comportamientos inusuales en las entidades territoriales se realizó mediante la metodología *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), que consiste en la comparación del valor observado (número de atenciones por infección respiratoria aguda en los servicios de consultas externas, urgencias, hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidados intensivos) de la semana actual y las tres anteriores entre los años 2017 a 2025 (valor esperado). Adicionalmente, se calculó el valor de p para establecer si la variación entre lo observado y esperado es estadísticamente significativa.

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

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 25 a 28 de 2026), a nivel nacional, se observó una disminución porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y UCI/UCIM frente al periodo anterior (SE 21 a 24 de 2026), sin alcanzar la significancia estadística (variación porcentual inferior -30 %) (tabla 14).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2026 y 25 a 28 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 21 a 24 de 2026	SE 25 a 28 de 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	525 478	433 849	● -17,44%	↘
Hospitalización en sala general	24 920	20 186	● -19,00%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 796	2 530	● -9,51%	↘

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

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 28 del 2026 se notificaron 96 798 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en Buenaventura y La Guajira. Se registró disminución en Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Caldas, Santiago de Cali, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Cesar, Guainía, Huila, Nariño, San Andrés, Tolima, Valle del Cauca y Vichada. Las 19 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento en tres municipios (tabla 15).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28 de 2026

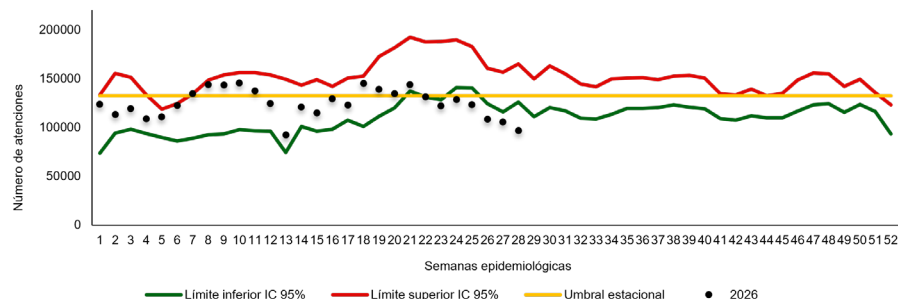
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	34 157	42 580	3 305	7 892
Atlántico	Soledad	49 964	46 276	7 805	4 985
Antioquia	Itagüí	49 827	42 355	6 533	4 315
Cundinamarca	Soacha	47 154	36 289	6 093	4 295
La Guajira	Uribia	27 676	29 098	2 803	4 234
Antioquia	Bello	35 636	39 276	5 570	3 798
Cundinamarca	Chía	32 971	25 379	4 926	3 230
Antioquia	Rionegro	21 440	26 001	2 499	2 695
Bolívar	Magangué	11 829	10 805	1 510	1 628
Risaralda	Dosquebradas	16 677	13 999	2 041	1 608
Valle del Cauca	Palmira	16 228	12 926	2 187	1 590
Santander	Floridablanca	15 554	14 944	2 235	1 579
Cundinamarca	Zipaquirá	12 878	11 687	2 129	1 565
Boyacá	Sogamoso	10 982	9 247	1 745	1 489
Santander	Barrancabermeja	17 896	16 127	1 512	1 397
Córdoba	Cereté	9 957	11 715	1 169	1 375
Casanare	Yopal	8 336	6 898	1 482	1 344
Antioquia	Apartadó	10 175	11 193	1 445	1 327
Córdoba	Lorica	8 425	9 471	1 186	1 324
Antioquia	Envigado	15 734	15 662	2 194	1 312
Magdalena	Ciénaga	12 485	10 902	1 524	1 206
Boyacá	Duitama	12 204	10 082	2 058	1 192
Antioquia	Turbo	8 468	8 243	1 145	1 171
Cundinamarca	Madrid	7 723	9 437	1 389	1 103
Valle del Cauca	Buenaventura	3 714	5 806	694	1 040
Cundinamarca	Girardot	12 455	8 511	1 751	1 010
Huila	Pitalito	7 705	5 032	1 258	972
Valle del Cauca	Cartago	9 634	7 370	1 386	878
Norte de Santander	Ocaña	9 562	7 982	1 251	862
Valle del Cauca	Yumbo	8 800	7 074	1 233	848
Cundinamarca	Facatativá	10 520	7 645	1 830	840
Valle del Cauca	Tuluá	7 818	6 434	1 019	812
Cundinamarca	Funza	8 939	8 955	943	791
Cauca	Santander De Quilichao	6 831	4 925	1 112	708
Córdoba	Sahagún	13 848	5 173	2 096	696
Santander	Piedecuesta	5 718	5 492	590	674
Cesar	Aguachica	6 704	6 447	953	631
Cundinamarca	Mosquera	4 241	3 453	534	549
Santander	Girón	4 829	4 477	387	424
Atlántico	Malambo	3 755	4 087	563	411
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 022	3 640	532	287
Cauca	Guapi	2 738	1 989	219	210
Nariño	La Florida	426	383	46	37

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (25 a 28 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 26,3 % (114 333) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 16,0 % (69 479). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en los menores de 2 a 4 años con el 10,2 % seguido de los niños de 1 año con el 9,6 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas 06 y 11, manteniéndose dentro de los límites esperados, con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguido de un nuevo incremento entre las semanas 18 y 21 manteniéndose dentro de los límites esperados; con una disminución marcada en semana 22 a 28 situándose por debajo del límite inferior (figura 10).

Figura 10. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28 de 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

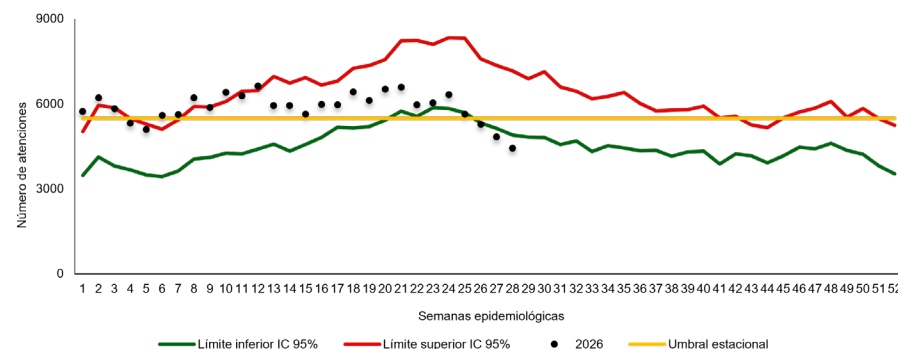
En la semana epidemiológica 28 del 2026 se notificaron 4 434 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Antioquia, Atlántico, Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Casanare, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Risaralda, San Andrés, Sucre y Vaupés aumento en Amazonas, Arauca, Cartagena de Indias, Córdoba, Guaviare y Magdalena. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (25 a 28 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 862) representaron el 29,0 %, seguidos de los menores de 1 año con el 15,8 % (3 194). La mayor proporción de hospitalización

en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 28,8 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 22,0 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones presentaron una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior en las semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2026; sin embargo, en las semanas epidemiológicas 13 a 24 se registró una disminución, situándose por encima del umbral estacional, con la misma tendencia en semanas 25 y 28 ubicándose sobre el límite inferior (figura 11).

Figura 11. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28 de 2026

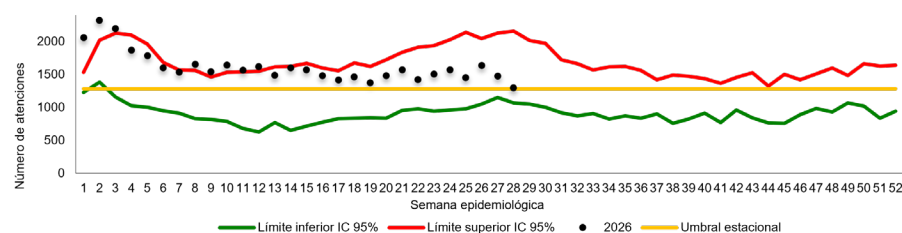


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 28 del 2026, se notificaron 1 449 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 07 a 12 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con descenso en semanas epidemiológicas 13 a 28 de 2026 ubicándose dentro de lo esperado (figura 12).

Figura 12. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 28 de 2026



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

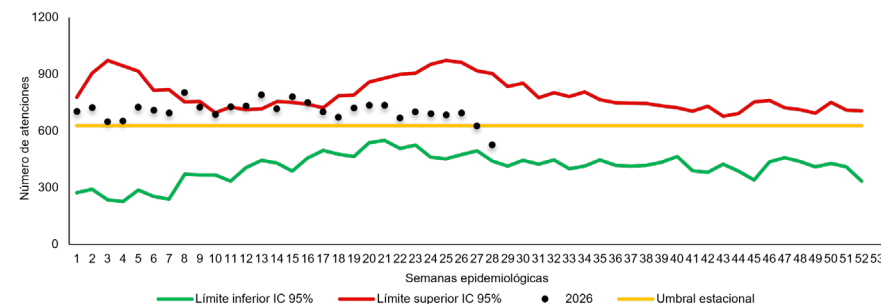
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 28 del 2026 se notificaron 526 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Chocó, Guaviare y San Andrés. Se registró disminución en Antioquia, Barranquilla, Boyacá, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Putumayo, Risaralda, Sucre y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (25 a 28 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 37,0 % (936), seguido de los menores de 1 año con el 23,4 % (593) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 25,1 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 15,8 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas 08, 11 a 13, 15 y 16, seguidas de un descenso progresivo entre las semanas 17 a 28 (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28 de 2026

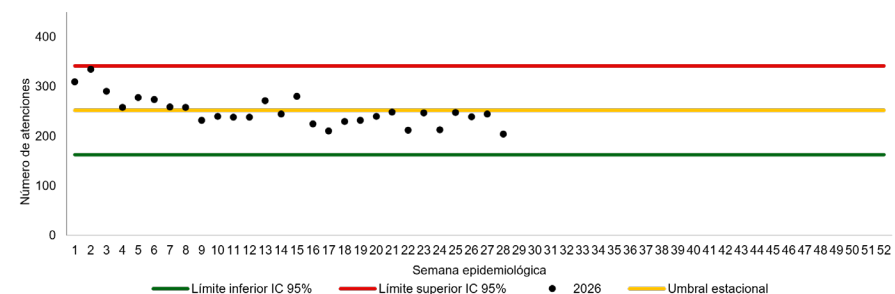


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 28 del 2026, se notificaron 243 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad, las hospitalizaciones se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, 13 y 15 de 2026; no obstante, en las semanas 09 a 12, 14 y 16 a 28 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 14).

Figura 14. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 28 de 2026



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

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en la notificación de atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y en UCI/UCIM respecto al periodo anterior. Los grupos de edad con mayor proporción de atenciones en los tres servicios vigilados corresponden a menores de 5 años y mayores de 60 años. En cuanto al comportamiento en el canal endémico, durante la semana epidemiológica 28 de 2026 las atenciones por IRA en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y en UCI/UCIM se ubicaron dentro de los límites esperados.

Según lo reportado por el IDEAM, los modelos climáticos internacionales proyectan una probabilidad del 61,0 % de configuración del fenómeno de El Niño entre mayo y julio de 2026, con incremento progresivo hasta superar el 90,0 % a partir de septiembre¹. Este escenario es epidemiológicamente relevante para la vigilancia de la infección respiratoria aguda (IRA), dado que las condiciones de calor extremo, baja humedad relativa e incremento de material particulado derivado de incendios forestales y quemas asociadas al fenómeno favorecen la irritación de la mucosa respiratoria y aumentan la susceptibilidad a infecciones de vías respiratorias altas y bajas, con mayor impacto esperado en menores de cinco años, adultos mayores y personas con enfermedades respiratorias crónicas. Adicionalmente, las oscilaciones térmicas entre el día y la noche constituyen un desencadenante reconocido de eventos respiratorios agudos y favorecen la circulación sostenida de agentes virales y bacterianos, lo que configura un riesgo epidemiológico moderado a alto para IRA durante el segundo semestre de 2026.

Este riesgo se ve reforzado por el comportamiento epidemiológico reciente de los virus respiratorios en la Región de las Américas. La OPS/OMS ha alertado sobre el incremento de la circulación de influenza B en varios países del hemisferio sur, en un contexto de cocirculación con influenza A(H3N2) y virus sincitial respiratorio (VSR), situación que ha ocasionado aumentos en la enfermedad tipo influenza (ETI), las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y la demanda de servicios de salud en países como Brasil y Chile. Asimismo, la subregión Andina, de la cual Colombia forma parte, ha evidenciado un incremento sostenido de la actividad del VSR durante 2026, asociado a una mayor proporción de casos de IRAG, especialmente en población infantil. La OPS/OMS advierte que estos patrones podrían replicarse en otros países de la subregión, incrementando la carga de enfermedad respiratoria y poniendo a prueba la capacidad de respuesta de los servicios sanitarios. En este contexto, la posible convergencia entre factores climáticos favorables para la transmisión de agentes respiratorios y el aumento regional de la circulación viral podría traducirse

en un incremento de la morbilidad por IRA durante el segundo semestre del año, particularmente en los grupos de mayor vulnerabilidad².

En este contexto, se recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica, la detección temprana y las medidas de prevención y control, con énfasis en los grupos de mayor vulnerabilidad.

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

- Fortalecer la comunicación de riesgo orientada a la adopción de medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento), con énfasis en comunidades en riesgo de inundación y poblaciones alojadas en refugios temporales.
- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias establecidas, realizando un monitoreo continuo con el fin de identificar comportamientos inusuales y crear acciones de mitigación; activando vigilancia intensificada en alojamientos temporales y municipios con antecedentes de afectación por eventos hidrometeorológicos.
- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permitan la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar, con énfasis en poblaciones vulnerables (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes), incluyendo a las poblaciones desplazadas por inundaciones.
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas, aprovechando el contacto con los servicios de salud durante la atención en emergencias y el paso por albergues.
- Garantizar condiciones mínimas de ventilación natural en alojamientos temporales, evitando el hacinamiento y promoviendo la separación de personas con síntomas respiratorios como medida de control de fuente.
- Establecer rutas claras de atención y referencia para casos de IRA grave en poblaciones afectadas por inundaciones, priorizando niños menores de 5 años, adultos mayores, gestantes y personas con comorbilidades.

- Notificar oportunamente posibles brotes respiratorios en alojamientos temporales al INS y a las direcciones territoriales de salud, activando los protocolos de investigación y respuesta ante brotes en entornos de emergencia.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas, considerando el incremento de la demanda asociado a posibles eventos de inundación.
- Coordinar con las autoridades de gestión del riesgo de desastres (UNGRD, consejos territoriales de gestión del riesgo) la inclusión de la vigilancia y control de IRA en los planes de respuesta sanitaria ante inundaciones.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas continuó disminuyendo y las detecciones se encuentran asociadas a influenza B en el norte del continente e influenza A al sur del continente con predominio de A(H3N2). Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en las subregiones Andina, y Brasil y cono Sur. Con relación a SARS-CoV-2 la tendencia continua a la baja, sin evidencia de resurgimiento en la región. La circulación de otros virus respiratorios ha aumentado en la región con predominio de rinovirus, situación que debe ser monitoreada por los países. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 28, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), rinovirus, adenovirus, *metapneumovirus*, parainfluenza e influenza. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un comportamiento al incremento en la positividad general. Los patógenos que presenta aumento en el periodo analizado fueron influenza A y coronavirus; al decremento, VSR, *metapneumovirus* e influenza A(H3N2). Los demás virus respiratorios se mantienen estables en los últimos dos periodos. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 16). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 21 a 28 de 2026

Agente viral identificado	SE 21 a 24 de 2026			SE 25 a 28 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	56,4	63,8	36,3	56,6	58,9	36,5	
Rinovirus	9,1	8,9	2,7	7,3	7,9	-	
Virus sincitial respiratorio	42,4	48,9	40,5	40,0	53,2	21,1	
Enterovirus	4,3	4,3	5,4	6,8	5,0	10,5	
Adenovirus	7,8	8,2	5,4	5,4	5,0	-	
Influenza B	0,5	0,4	-	2,9	0,7	-	
Influenza A	7,6	3,9	24,3	13,2	6,5	31,6	
Parainfluenza	12,9	13,6	5,4	9,3	7,2	15,8	
<i>Metapneumovirus</i>	4,3	4,3	8,1	1,5	2,2	-	
A(H1N1)pdm09	2,0	0,7	5,4	2,4	1,4	5,3	
SARS-CoV2	0,8	-	-	1,0	0,7	-	
A(H3N2)	5,8	4,3	2,7	2,9	2,2	5,3	
Coronavirus	1,3	1,5	-	4,4	3,6	10,5	

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

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.

*Se muestra la variación con significancia estadística

Referencia

1. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Ideam y Minambiente alertan de 90% de probabilidad de llegada del fenómeno de El Niño para septiembre de 2026 [Internet]. Bogotá D.C.: IDEAM; 2026 abr 11 [citado 2026 jun 11]. Disponible en: <https://www.ideam.gov.co/sala-de-prensa/noticia/ideam-y-minambiente-alertan-de-90-de-probabilidad-de-llegada-del-fenomeno-de-el-nino-para-septiembre>

2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur, 1 de julio de 2026 [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [citado 2 jul 2026]. Disponible en: sitio web de la OPS/OMS

COVID-19

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 28 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

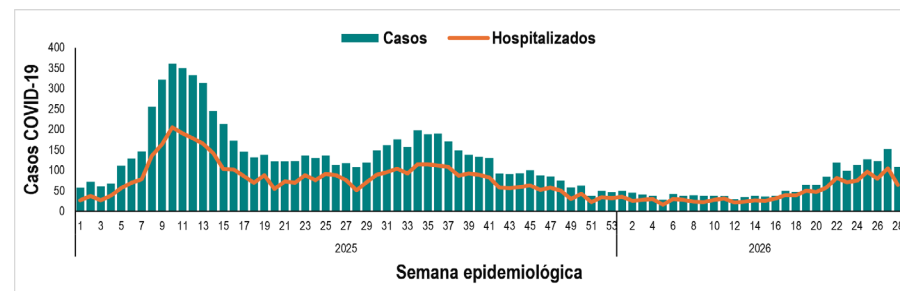
Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

El análisis del comportamiento se realizó mediante la comparación de los casos confirmados de COVID-19. Los comportamientos inusuales por departamentos y municipios se evaluaron comparando las cuatro semanas previas con las actuales. La interpretación se definió así: incremento (razón > 1 con significancia estadística, $p < 0,05$), decremento (razón < 1 con significancia estadística, $p < 0,05$) y sin cambio (razón cercana a 1 sin significancia estadística, $p > 0,05$).

En lo corrido de 2026 (semana epidemiológica 01 a 28), con corte al 18 de julio y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 1 822 casos de COVID-19, de los cuales 1 821 son procedentes de Colombia y uno (1) del exterior.

En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 25 a 28) se registraron 519 casos, un incremento del 22,7 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 21 a 24), en el que se reportaron 423 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 348 casos, un incremento del 21,3 % frente a las 287 del periodo anterior. Al comparar este comportamiento con el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 24 a 27), se observa un comportamiento similar, aunque con un ligero incremento en 2026, dado que durante las semanas epidemiológicas 25 a 28 de 2025 se notificaron 483 casos, lo que representa un incremento del 7,5 % (figura 15).

Figura 15. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 28 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 28 de 2026
*SE: semana epidemiológica

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 25 a 28 de 2026) se registró una incidencia de 1,0 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 29 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 104 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en los departamentos de Boyacá, Cundinamarca, Norte de Santander y Meta, así como en los distritos de Bogotá D.C. y Santiago de Cali.

A nivel municipal, dicho incremento se observa en Duitama (Boyacá), Soacha (Cundinamarca), San José de Cúcuta (Norte de Santander) y Villavicencio (Meta).

Entre el periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2026) y el periodo actual (SE 25 a 28 de 2026), se observó un incremento en la notificación de casos en la mayoría de los grupos de edad. Los mayores incrementos porcentuales se registraron en los grupos de 50 a 59 años (75,0 %), 10 a 19 años (72,7 %), 70 a 79 años (65,0 %), 30 a 39 años (61,5 %), 40 a 49 años (40,0 %), 20 a 29 años (38,9 %), menores de un año (26,6 %), 2 a 4 años (22,9 %) y 1 año (11,8 %). Estos incrementos contribuyeron al incremento general de casos observado en el periodo analizado.

En contraste, los grupos de 90 a 99 años, 5 a 9 años, 80 a 89 años y 60 a 69 años registraron disminuciones de 33,3 %, 25,9 %, 15,4 % y 3,1 %, respectivamente, siendo los únicos grupos con reducción de casos durante el periodo evaluado. Por su parte, el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos periodos analizados. En términos generales, el total de casos pasó de 423 a 519, lo que representa un incremento global de 22,7 % (tabla 17).

Tabla 17. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (21 a 28) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 21 a 24 2026	SE 25 a 28 2026		
Menor de un año	143	181	26,6	
1 año	51	57	11,8	
2 a 4 años	35	43	22,9	
5 a 9 años	27	20	-25,9	
10 a 19 años	22	38	72,7	
20 a 29 años	18	25	38,9	
30 a 39 años	13	21	61,5	
40 a 49 años	15	21	40,0	
50 a 59 años	12	21	75,0	
60 a 69 años	32	31	-3,1	
70 a 79 años	20	33	65,0	
80 a 89 años	26	22	-15,4	
90 a 99 años	9	6	-33,3	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	423	519	22,7	

Nota: las variaciones porcentuales elevadas en algunos grupos de edad deben interpretarse con cautela, dado el bajo número de casos absolutos en el periodo anterior. Un cambio de pocos casos puede traducirse en porcentajes altos sin reflejar necesariamente una tendencia sostenida.

•NC: no calculable

Fuente: Sivigila SE 21 a 28 de 2026

PE: periodo epidemiológico

SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia 12 fallecimientos asociados a COVID-19: tres en Bogotá, D.C. y uno en cada uno de los departamentos de La Guajira (Riohacha), Nariño (Pasto), Quindío (Montenegro), Córdoba (Montería), Cundinamarca (La Calera), Magdalena (Pivijay), Antioquia (Peñol), Cesar (Astrea) y uno en el distrito de Santiago de Cali.

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 28 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 28 del 2026 se notificaron 2 758 casos de dengue: 2 033 casos de esta semana y 725 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 61 627 casos, 37 209 (60,4 %) sin signos de alarma, 23 785 (38,6 %) con signos de alarma y 633 (1,0 %) de dengue grave.

El 60,2 % (37 130) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, La Guajira y Cartagena de Indias (tabla 18). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Casanare, Cesar, Santander, Norte de Santander, Antioquia y Magdalena concentran el 62,2 % (6 548 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 20 a 23 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Archipiélago de San Andrés y Providencia, Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Boyacá, Cartagena de Indias, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Putumayo, Quindío, Risaralda, Tolima, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en las entidades territoriales de Caquetá, Cauca y La Guajira mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 18).

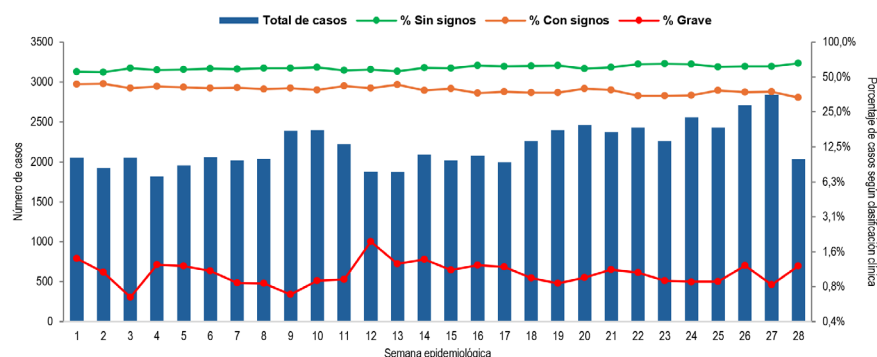
Tabla 18. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 20 - 23 2026)	Observado (SE 24-27 2026)
Meta	10 247	30,3	0,9	2 163	1821
Cesar	5 167	56,5	0,7	705	678
Bolívar	4 936	40,2	1,5	944	998
Santander	4 006	37,4	0,6	506	657
Norte de Santander	3 720	38,4	1,7	510	592
Magdalena	3 616	50,1	0,8	497	480
La Guajira	2 910	53,3	1,8	369	200
Cartagena de Indias	2 528	19,8	1,0	120	243
Casanare	2 402	29,2	0,6	688	839
Antioquia	2 249	37,2	0,9	398	483
Córdoba	2 070	42,2	0,5	222	291
Tolima	1 945	27,9	1,4	248	404
Santa Marta	1 935	45,1	0,4	137	102
Barranquilla	1 901	44,0	0,8	145	207
Atlántico	1 877	44,8	0,9	208	284
Arauca	1 601	32,7	1,0	389	359
Sucre	1 035	48,4	1,2	171	207
Valle del Cauca	993	33,8	0,6	168	239
Cundinamarca	965	35,4	0,7	130	196
Santiago de Cali	840	37,5	0,2	128	148
Huila	784	38,6	4,5	110	140
Guaviare	603	17,9	0,2	70	284
Chocó	590	23,4	1,2	101	115
Amazonas	490	14,1	0,0	47	63
Nariño	415	41,9	1,2	70	82
Caquetá	368	51,4	2,4	84	30
Putumayo	319	22,6	1,3	27	74
Quindío	230	20,4	2,2	27	75
Boyacá	194	47,4	1,0	42	79
Risaralda	127	42,5	1,6	13	32
Exterior	127	44,9	3,1	13	37
Caldas	122	41,8	0,8	22	23
Cauca	115	36,5	0,9	28	19
Buenaventura	85	36,5	1,2	19	16
Vichada	61	34,4	0,0	9	15
Vaupés	36	13,9	0,0	7	18
Archipiélago de San Andrés	11	27,3	0,0	1	4
Guaínía	7	28,6	0,0	1	0
Total	61 627	38,6	1,0	9 537	10 534

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

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 40,0 % a nivel nacional (figura 16); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026) fueron: Barranquilla, Cesar, Magdalena y La Guajira.

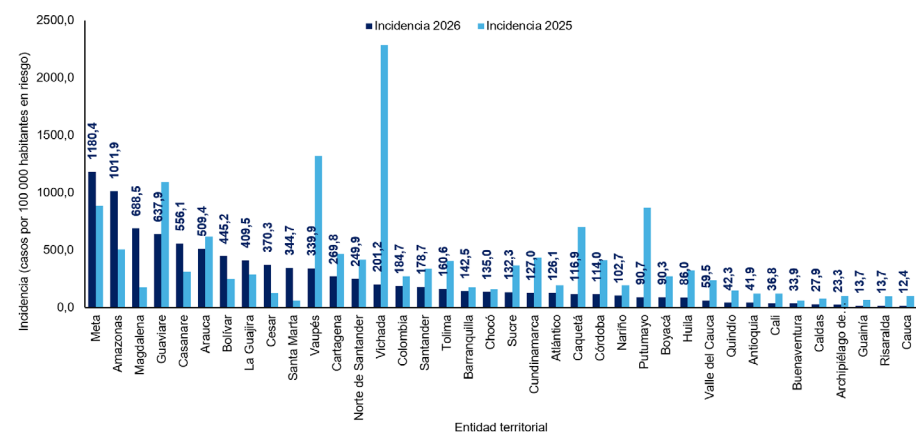
Figura 16. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 28, 2026



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

A semana epidemiológica 28 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 184,7 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 267,9 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, Guaviare, Casanare, Arauca, Bolívar y La Guajira presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 28 del 2026 registrando tasas superiores a 400 casos por 100 000 habitantes (figura 17). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 374,7 casos por 100 000 habitantes.

Figura 17. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2025 y 2026

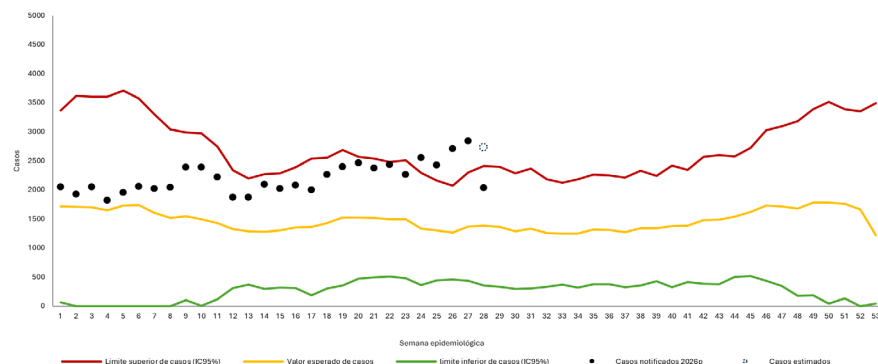


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 28 del 2026, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de brote, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 10,4 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 20 a 23 de 2026) (figura 18). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 28), se observa una reducción del 31,1 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 89 387 casos.

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 24,3 % (9) está dentro de lo esperado, el 35,1 % (13) se encuentra en situación de alerta y el 40,5 % (15) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 19).

Figura 18. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2026



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

Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 28 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 28, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Boyacá, Cartagena de Indias, Cesar, Casanare, Meta, Guaviare, Quindío, La Guajira, Magdalena, Santa Marta
Alerta	Antioquia, Cundinamarca, Caldas, Chocó, Nariño, Santander, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda, Sucre, Tolima, Vaupés, Archipiélago de San Andrés y Providencia,
Dentro de lo esperado	Cauca, Córdoba, Santiago de Cali., Caquetá, Huila, Guainía, Buenaventura, Valle del Cauca, Vichada

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 28 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 18,2 % (150) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 35,1 % (20/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

Tabla 20. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 28 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	(SE 20-23 2026)	(SE 24-27 2026)
Antioquia	Envigado	11,2	27	6	10
	Itagüí	6,2	17	3	7
Atlántico	Barranquilla	144,9	1901	145	207
	Soledad	69,0	472	40	63
Bolívar	Cartagena de Indias	239,6	2528	120	243
	Turbaco	347,3	404	55	42
Cesar	Valledupar	349,2	1928	237	233
	Aguachica	360,4	443	99	76
Córdoba	Cereté	177,2	195	23	47
Cundinamarca	Fusagasugá	20,0	33	3	12
La Guajira	Riohacha	459,7	963	94	66
Santa Marta	Santa Marta	350,3	1935	137	102
Magdalena	Ciénaga	414,9	529	42	16
Meta	Villavicencio	1454,8	7418	1453	1180
Norte de Santander	Ocaña	151,7	180	20	36
Quindío	Armenia	17,6	55	7	19
Santander	Bucaramanga	223,1	1381	198	224
Tolima	Ibagué	136,0	740	115	193
Arauca	Arauca	232,2	233	54	62
Casanare	Yopal	227,1	410	107	200

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

A semana epidemiológica 28 del 2026, se han notificado 163 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 38 casos, se han descartado 82 casos y se encuentran en estudio 43 casos. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,06 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 75 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 21).

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 28, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 28, 2026	Letalidad por dengue a SE 28, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	10	0	0,34	0,05
Huila	2	0	0,26	0,20
Atlántico	3	1	0,16	0,07
Magdalena	5	2	0,14	0,11
Cundinamarca	1	0	0,10	0,03
Sucre	1	1	0,10	0,07
Antioquia	2	4	0,09	0,12
Bolívar	3	6	0,06	0,11
Cesar	3	2	0,06	0,00
Norte de Santander	2	1	0,05	0,03
Santa Marta	1	1	0,05	0,32
Meta	4	7	0,04	0,13
Santander	1	0	0,02	0,09
Tolima	0	5	0,00	0,04
Barranquilla	0	2	0,00	0,13
Nariño	0	2	0,00	0,00
Putumayo	0	2	0,00	0,13
Arauca	0	1	0,00	0,10
Boyacá	0	1	0,00	0,00
Caldas	0	1	0,00	0,00
Casanare	0	1	0,00	0,00
Córdoba	0	1	0,00	0,07
Quindío	0	1	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,00
Colombia	37	43	0,06	0,08

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30,0 %. SE: semana epidemiológica.

*No se incluyen en esta tabla los casos procedentes del exterior

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

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultarse el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace:

<http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 28 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	>3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1 600 msnm. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

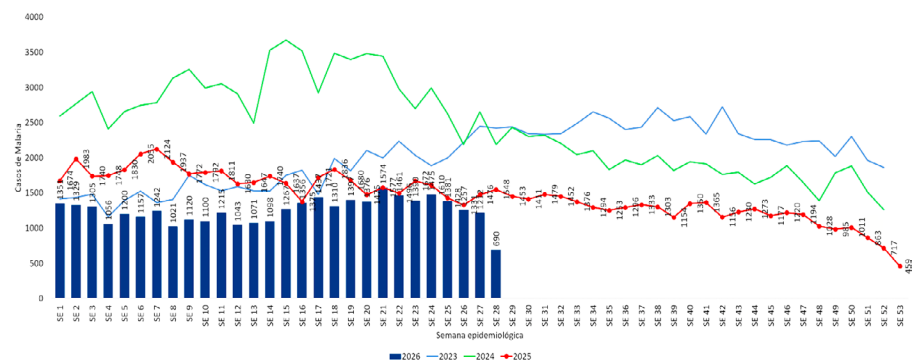
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución de la malaria, como lo muestra la figura 19.

Figura 19. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 28 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 28 del 2026 se notificaron 1 609 casos de malaria, para un acumulado de 34 891 casos, de los cuales 34 484 son de malaria no complicada y 407 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 71,7 % (25 000), seguido de *Plasmodium falciparum* con 27,3 % (9 535) e infección mixta con 1,0 % (356). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,8 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (34,3 %), Antioquia (13,9 %), Córdoba (8,3%), Nariño (6,0 %), Guainía (5,7 %), Risaralda (4,1 %), Amazonas (3,7 %), Cauca (3,5 %), Vichada (3,3 %), Bolívar (3,1 %), Meta (3,0 %), Buenaventura (2,6 %) y Vaupés (2,3 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 70,9 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 21 a 24 2026	Casos SE 25 a 28 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	2 021	477	336	13,57
Córdoba	Tierralta	19 12	284	235	18,87
Guainía	Inírida	1 757	129	101	44,38
Risaralda	Pueblo Rico	1 300	183	116	77,32
Chocó	Lloró	1 096	204	119	100,88
Antioquia	El Bagre	988	170	113	17,32
Chocó	Bagadó	942	271	143	78,01
Buenaventura	Buenaventura	903	219	148	2,78
Chocó	Istmina	878	125	112	25,12
Meta	Puerto Gaitán	821	142	124	17,38
Vichada	Cumaribo	780	147	94	8,70
Chocó	Medio San Juan	682	126	90	56,34
Vaupés	Mitú	658	98	69	17,97
Chocó	Juradó	606	145	96	78,30
Cauca	Timbiquí	600	161	71	20,94
Bolívar	Montecristo	592	92	75	31,81
Chocó	Río Quito	558	123	94	59,14
Chocó	Alto Baudó	555	59	100	17,25
Cauca	Guapi	508	67	90	16,87
Nariño	Olaya Herrera	485	50	31	18,14
Antioquia	Nechí	465	92	77	16,45
Chocó	Carmen del Darién	464	78	117	20,39
Amazonas	Tarapacá (CD)	457	27	44	101,69
Chocó	El Cantón del San Pablo	437	109	68	61,26
Norte de Santander	Tibú	430	71	72	6,86
Córdoba	Puerto Libertador	426	71	47	9,25
Chocó	Tadó	417	74	90	20,09
Antioquia	Cáceres	404	65	49	12,80
Nariño	El Charco	358	67	41	15,22
Amazonas	La Pedrera (CD)	344	8	7	79,01
Guaviare	San José del Guaviare	334	57	28	5,02
Vichada	Puerto Carreño	325	16	13	13,96
Antioquia	Chigorodó	318	60	32	5,04
Nariño	Roberto Payán	313	60	26	23,22
Nariño	Magüí	311	45	32	11,81

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

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

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,9 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Tierralta, Inírida, Pueblo Rico, El Bagre, Quibdó, Lloró, Puerto Gaitán, Bagadó, Mitú, Cumaribo, Juradó, Montecristo y Nechí y en incremento el municipio de Carmen del Darien y Tibú (tabla 23). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 63,9 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Buenaventura, Timbiquí, Río Quito, Medio San Juan, Lloró, El Charco, Bagadó, Olaya Herrera, Inírida, Magüi, Medio Atrato y Tierralta y en incremento los municipios de Guapi como se muestra en la tabla 24.

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 28 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 21a 24 de 2026	Casos SE 25 a 28 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	247	219	-11%	6,8%
Guainía	Inírida	118	92	-22%	6,1%
Risaralda	Pueblo Rico	126	104	-17%	4,5%
Antioquia	El Bagre	168	108	-36%	3,8%
Chocó	Quibdó	216	138	-36%	3,4%
Chocó	Lloró	117	70	-40%	3,0%
Meta	Puerto Gaitán	129	115	-11%	2,8%
Chocó	Bagadó	164	96	-41%	2,6%
Vaupés	Mitú	93	64	-31%	2,5%
Vichada	Cumaribo	117	81	-31%	2,4%
Chocó	Juradó	143	96	-33%	2,4%
Bolívar	Montecristo	94	79	-16%	2,3%
Antioquia	Nechí	92	77	-16%	1,8%
Chocó	Carmen del Darien	75	110	47%	1,8%
Norte de Santander	Tibú	71	72	1%	1,7%

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

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 28 de 2026

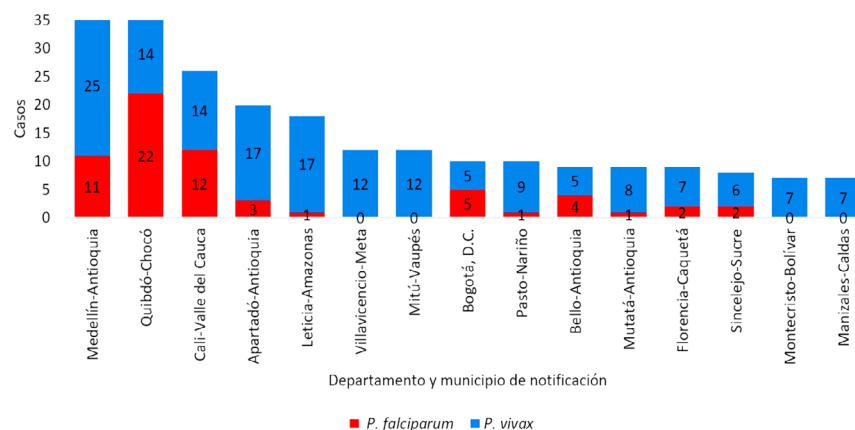
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 21 a 24 de 2026	Casos SE 25 a 28 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	267	207	-22%	12,6%
Buenaventura	Buenaventura	155	124	-20%	6,6%
Cauca	Timbiquí	159	70	-56%	6,2%
Cauca	Guapi	65	85	31%	5,0%
Chocó	Istmina	50	50	0%	4,6%
Chocó	Rio Quito	87	71	-18%	4,3%
Chocó	Medio San Juan	73	56	-23%	3,5%
Chocó	Lloró	85	50	-41%	3,4%
Nariño	El Charco	56	36	-36%	3,3%
Chocó	Bagadó	95	46	-52%	2,7%
Nariño	Olaya Herrera	21	10	-52%	2,4%
Guainía	Inírida	12	10	-17%	2,4%
Nariño	Magüi	35	18	-49%	2,4%
Chocó	Medio Atrato	68	46	-32%	2,3%
Córdoba	Tierralta	37	15	-59%	2,2%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 28 de 2026 se han notificado 407 casos de malaria complicada, que son notificados por 32 entidades territoriales. Antioquia, Chocó, Amazonas, Nariño, Santiago de Cali, Meta, Caldas, Vichada, Caquetá, Bogotá, D.C., Risaralda, Bolívar, Santander, Sucre, Vaupés y Córdoba y notificaron el 88,5 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 57,2 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 20).

Figura 20. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 28 de 2026



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

Comportamientos inusuales en entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 28 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran siete departamentos en situación de incremento y ocho en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 40 municipios en incremento y 70 municipios en decremento (tabla 25).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 28 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 28 2025	Acumulado 2026	SE 28 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	908	21	466	4	36	44
Amazonas	Leticia	4	386	23	117	3	10	38
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	132	0	0	2
Antioquia	Anorí	5	40	1	143	6	12	17
Antioquia	Medellín	4	12	1	12	0	1	5
Antioquia	Cáceres	4	398	18	407	10	36	49
Antioquia	Nechí	5	718	33	470	18	33	77
Antioquia	Yondó	4	43	5	57	0	0	2
Arauca	Saravena	4	381	9	92	1	4	13
Arauca	Arauquita	4	31	0	21	0	1	4
Bolívar	Norosí	5	145	4	97	2	13	17
Bolívar	Rio Viejo	5	11	0	89	1	11	18
Bolívar	Montecristo	5	627	24	602	7	69	79

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 28 2025	Acumulado 2026	SE 28 2026	Esperado	Observado
Caquetá	La Montañita	4	7	0	9	3	0	8
Caquetá	Florencia	4	239	4	109	2	2	11
Chocó	El Carmen de Atrato	4	131	5	200	1	5	10
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	646	8	437	20	52	68
Chocó	Condoto	4	137	2	164	9	20	37
Chocó	Nóvita	5	208	12	240	9	23	59
Chocó	Belén de Bajirá	5	101	1	356	10	9	60
Chocó	Lloró	5	1219	34	1103	13	110	120
Chocó	Istmina	5	789	35	887	24	90	112
Chocó	Unión Panamericana	5	144	6	156	11	21	33
Chocó	Juradó	4	208	8	606	6	28	96
Chocó	Carmen del Darién	5	589	19	467	23	57	118
Chocó	Cértégui	4	134	5	150	0	15	20
Córdoba	Ciénaga de Oro	4	2	1	3	0	0	2
Guaviare	Calamar	4	115	5	156	14	13	45
Meta	Puerto Concordia	4	46	0	42	0	2	10
Meta	Puerto Rico	4	60	2	30	1	1	4
Meta	Puerto Gaitán	4	215	14	832	18	11	125
Meta	Puerto López	4	180	7	15	0	1	4
Meta	Villavicencio	4	36	0	27	2	2	6
Norte de Santander	Convención	4	2	1	11	2	1	9
Risaralda	Pereira	4	23	1	15	2	1	4
Tolima	Ataco	3	0	0	0	0	0	2
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	167	1	24	2	1	5
Vichada	Puerto Carreño	4	172	4	332	1	7	13
Vichada	Cumaribo	5	1013	24	792	21	87	98
Vichada	Santa Rosalía	4	2	0	7	0	0	2

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (29 de 2025 a 28 de 2026) es de 0,53 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Chocó, Vichada y Risaralda (tabla 26).

El 83,1 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,9 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,4 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (27,9 %) y en los de 1 año de edad (26,9 %). Así mismo, el 66,5 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 28 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en Guainía, Norte de Santander, San Andrés y Vaupés; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 215 municipios a nivel nacional (19,1 %) y de disminución en 80 municipios (7,1 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021-2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 27 municipios (tabla 27).

A semana epidemiológica 28 del 2026, se han notificado 11 863 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 11 809 corresponden a residentes en Colombia y 54 casos de residentes en el exterior.

Tabla 26. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 28, 2025-2026.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 28 de 2025	Casos a SE 28 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	12 102	11 809	0,53	19,1	7,1
La Guajira	927	916	1,55	26,7	20,0
Chocó	516	523	1,24	38,7	12,9
Vichada	124	110	1,14	0,0	0,0
Risaralda	269	291	0,78	21,4	7,1
Guaviare	45	40	0,74	0,0	0,0
Arauca	106	116	0,73	28,6	28,6
Magdalena	468	347	0,70	20,7	10,3
Cartagena de Indias	286	316	0,69	0,0	0,0
Cesar	550	546	0,63	28,0	20,0
Boyacá	286	305	0,61	13,0	1,6
Casanare	150	145	0,59	10,5	26,3
Vaupés	19	15	0,56	0,0	16,7
Antioquia	1670	1525	0,56	23,2	1,6
Nariño	404	441	0,55	26,6	6,3
Bogotá, D.C	1595	1498	0,55	0,0	0,0
Bolívar	339	334	0,54	28,9	11,1
Norte Santander	385	322	0,53	7,5	7,5
Cundinamarca	675	711	0,52	12,9	4,3
Amazonas	44	30	0,50	18,2	9,1
Putumayo	118	116	0,50	15,4	15,4
Meta	237	277	0,48	31,0	13,8
Sucre	213	238	0,47	42,3	0,0
Santiago de Cali.	315	306	0,45	0,0	0,0
Valle del Cauca	378	353	0,44	30,0	2,5
Buenaventura.	104	77	0,42	0,0	0,0
Huila	260	233	0,40	8,1	5,4
Santa Marta.	103	92	0,38	0,0	0,0
Tolima	182	197	0,38	14,9	6,4
Guainía	29	15	0,35	0,0	22,2
Córdoba	266	353	0,35	23,3	10,0
Caldas	108	112	0,33	14,8	3,7
Caquetá	89	84	0,33	6,3	18,8
Barranquilla	158	112	0,33	0,0	0,0
Atlántico	182	192	0,29	18,2	31,8
Quindío	46	57	0,29	16,7	8,3
Santander	297	267	0,28	10,3	3,4
Cauca	156	187	0,28	26,2	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	10	0,27	100,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 29 de 2025 a SE 28 de 2026.

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

Tabla 27. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 28 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	196	123
Risaralda	Dosquebradas	28	80
Cundinamarca	Fusagasugá	42	74
Sucre	Sincelejo	32	64
Tolima	Ibagué	34	60
Nariño	Pasto	45	49
Antioquia	Rionegro	23	36
Valle del Cauca	Tuluá	21	36
Cesar	Aguachica	17	33
Caldas	Manizales	35	29
Huila	Pitalito	18	29
Magdalena	Ciénaga	34	28
Cauca	Popayán	20	27
Quindío	Armenia	33	27
Santander	Floridablanca	19	26
Boyacá	Duitama	17	25
Valle del Cauca	Cartago	14	23
Santander	Girón	33	22
Antioquia	Apartadó	40	21
Norte de Santander	Ocaña	26	21
Santander	Piedecuesta	26	19
Cauca	Santander de Quilichao	13	18
Antioquia	Envigado	11	16
Atlántico	Sabanalarga	21	15
Atlántico	Malambo	20	11
Cundinamarca	Girardot	31	10
Norte de Santander	Villa del Rosario	32	8

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

Para mayor información, consulte el tablero de control del evento de desnutrición aguda en menores de 5 años disponible en: <http://url.ins.gov.co/489r9>

Tos ferina

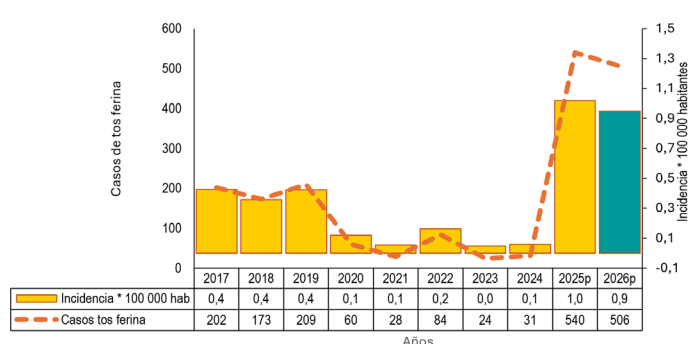
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 27 de 2026

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

Hasta la semana epidemiológica 27 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 3 199 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,2 % (519) correspondió a casos confirmados (de los 519 casos confirmados, 506 correspondieron a casos con procedencia nacional y fueron utilizados para el cálculo de incidencia); el 76,0 % (2 430) correspondió a casos descartados y el 7,8 % (250) permanece en estudio.

38 La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 27 fue de 0,9 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos de la misma semana epidemiológica en años anteriores, se observa un aumento en la incidencia respecto a los años previos (2017 a 2024), donde la incidencia no superó 0,4 casos por cada 100 000 habitantes. El comportamiento observado es menor al registrado en 2025 cuando se reportaron 540 casos confirmados para el mismo periodo (figura 21).

Figura 21. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 27, 2017 a 2026p

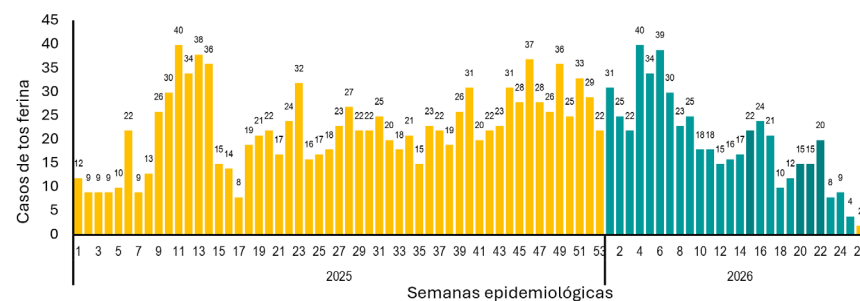


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026 (datos preliminares).

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 22 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), en la que se evidencia un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 06, con un pico máximo en la semana epidemiológica 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa de los casos. Sin embargo, se identifican repuntes en las semanas epidemiológicas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos), 49 (36 casos) de 2025 y 04 (40 casos), 06 (39 casos), 09 (25 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas se observó una reducción del 67,2 %, al pasar de 58 casos (semanas epidemiológicas 20 a 23 de 2026) a 19 casos (semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026). Se debe tener en cuenta que los datos están sujetos a ajuste debido al rezago en la notificación y confirmación de casos.

Figura 22. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 27 de 2026



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

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 27, de 2019 a 2026p

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 111 casos y una incidencia de 1,5 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, D.C. con 54 casos y una incidencia de 0,6 por cada 100 000 habitantes y Santander con 41 casos y una incidencia de 1,7 por cada 100 000 habitantes.

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

Tabla 28. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 27, 2019 a 2026p

Entidad territorial	Incidencias por 100 000 habitantes								Tendencia	2026
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026		
Colombia	0,42	0,12	0,05	0,16	0,05	0,06	1,02	0,95		506
Antioquia	0,50	0,17	0,09	0,12	0,03	0,07	1,88	1,59		110
Bogotá, D.C.	0,55	0,09	0,01	0,03	0,03	0,04	2,52	0,69		54
Santander	0,27	0,13	0,17	0,04	0,00	0,00	0,25	1,74		41
Cartagena de Indias	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69	3,46		33
Cesar	0,24	0,31	0,00	0,00	0,07	0,07	0,48	1,67		27
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,23	0,00	0,23	1,70		22
Casanare	1,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,18		20
Norte de Santander	0,77	0,12	0,00	0,00	0,12	0,06	0,12	1,16		20
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,57	1,21		18
Cundinamarca	0,32	0,13	0,03	0,00	0,09	0,14	1,13	0,53		18
Santiago de Cali	0,13	0,31	0,00	0,00	0,13	0,09	0,35	0,70		16
Chocó	0,19	0,18	1,57	0,17	0,00	0,33	2,19	2,17		13
Risaralda	0,63	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50	0,99		10
Barranquilla	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,15	0,16	0,63		8
Cauca	0,27	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	0,50		8
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,35	0,40		8
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69	2,59		7
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,66	0,74		7
Meta	0,10	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,52	0,60		7
Vaupés	91,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,73		6
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,36	2,14		6
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,21	0,62		6
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	1,42	0,57		6
Huila	0,18	0,35	0,00	0,00	0,00	0,17	1,90	0,49		6
Atlántico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38	0,37		6
Caquetá	0,74	0,73	0,00	0,00	0,00	0,93	0,47	0,23		4
Santa Marta	0,00	0,19	0,00	0,91	0,54	0,00	0,17	0,51		3
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,29	0,29		3
Nariño	0,31	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,23	0,17		3
Putumayo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51		2
Tolima	0,15	0,00	0,07	0,07	0,00	0,14	0,07	0,14		2
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,43	0,28		2
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,16		1
Buenaventura	0,00	0,00	0,00	0,62	0,62	0,00	0,00	0,30		1
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	0,36	0,18		1

Brotes de tos ferina identificados en población indígena por departamento de procedencia, Colombia, 2026p

En la semana epidemiológica 27 de 2026 se notificaron 130 casos confirmados de tos ferina en población indígena. La mayor concentración se observó en Cerrito (Santander) con 20 casos, seguido de Dabeiba (Antioquia) con 14, Paz de Ariporo (Casanare) con 13, y Cubará (Boyacá) con ocho (8) casos, evidenciando la persistencia de transmisión en territorios con población indígena priorizada.

La tabla 29 presenta los brotes actualmente identificados, junto con su distribución municipal y las fechas de inicio de síntomas y cierre.

Tabla 29. Brotes de tos ferina, Colombia, 2026p

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		130		
Guajira	Maicao	2	19/06/2026	31/07/2026
Cesar	Agustín Codazzi	5	14/06/2026	26/07/2026
Guajira	Uribe	1	11/06/2026	23/07/2026
Cesar	Becerril	1	06/06/2026	18/07/2026
Antioquia	Murindó	4	06/06/2026	18/07/2026
Cesar	Valledupar	3	05/06/2026	17/07/2026
Santander	Cerrito	20	03/06/2026	15/07/2026
Vichada	Cumaribo	4	03/06/2026	15/07/2026
Cauca	Toribio	2	27/05/2026	08/07/2026
Norte de Santander	Toledo	2	26/05/2026	07/07/2026
Vaupés	Mitú	7	21/05/2026	02/07/2026
Antioquia	Betulia	1	12/05/2026	23/06/2026
Cauca	Caldono	3	08/05/2026	19/06/2026
Boyacá	Güicán	1	01/05/2026	12/06/2026
Boyacá	Cubará	8	01/05/2026	12/06/2026
Chocó	Litoral del Bajo de San Juan	1	27/04/2026	08/06/2026
Chocó	Riosucio	2	27/04/2026	08/06/2026
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	04/06/2026
Chocó	Tadó	1	20/04/2026	01/06/2026
Santander	Concepción	6	20/04/2026	01/06/2026
Antioquia	Urrao	1	11/04/2026	23/05/2026

Fuente: Instituto Nacional de salud, Colombia, Sivigila 2019 a 2026p. p: dato preliminar sujeto a validación.*La incidencia de Vaupés en

2019 corresponde a un brote registrado en población indígena de ese año.

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Casanare	Paz de Ariporo	13	01/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	01/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Dabeiba	14	28/03/2026	09/05/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Chocó	Lloró	1	08/03/2026	19/04/2026
Cauca	Santander de Quilichao	1	03/03/2026	14/04/2026
Caldas	Aranzazu	3	19/02/2026	02/04/2026
Chocó	Bagadó	1	17/02/2026	31/03/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	08/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	06/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	09/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	09/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	04/03/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, 2026 (datos preliminares)

FIS: fecha de inicio de síntomas

Celdas en gris: brotes de tos ferina que por tiempo ya cerraron



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 21 de julio de 2026

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

Para el 2026, a corte del 21 de julio (datos preliminares), se han notificado 1 032 casos probables, 55 confirmados (54 por laboratorio y un [1] caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero hasta el 15 de julio de 2026, el 98,1% procedente de Tolima y el 1,9 % de Meta. Se han notificado 26 muertes probables, 24 confirmadas, uno (1) excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, un (1) caso en estudio, para una letalidad de 43,6 % (24/55)³.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 203 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 10 departamentos: Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare. Adicionalmente, se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela). Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 83 casos y un (1) caso se encuentra en estudio para una letalidad acumulada del 40,9 % (83/203).

Para 2026p, los casos confirmados de fiebre amarilla se presentaron en Tolima: Chaparral (21), Cunday (7), Icononzo (7), Ortega (5), Melgar (5), Carmen de Apicalá (2), Rioblanco (2), Purificación (2), Dolores (1), Suarez (1), Planadas (1) y un (1) caso de procedencia Villavicencio (Meta).

Durante el periodo comprendido entre el 14 de julio y el 21 de julio de 2026, se confirmaron dos (2) casos de fiebre amarilla en humano, de procedencia el municipio de Chaparral y Purificación en Tolima.

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 24 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). Los últimos casos se confirmaron el 19 de junio de 2026 por el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud en zonas rurales de los municipios de Suárez y de Icononzo.

[1] Se excluyen cinco (5) casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

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

[3] Se excluye un (1) caso de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

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

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional, Instituto Nacional de Salud (INS). Sistema de Alerta de Temprana (SAT).

Actualización de situación de sarampión a nivel nacional, 22 de julio de 2026

Con corte al 22 de julio de 2026, se han notificado 1 505 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 324 han sido descartados, 167 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (68); Antioquia (48); Norte de Santander (7); Tolima (5); Caldas, Cesar y Nariño (4), Meta (3); Atlántico, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Córdoba, Cundinamarca y Quindío (2) Barranquilla, Boyacá, Caquetá, Casanare, Chocó, Huila, Putumayo, Risaralda, Santa Marta, Santander, Sucre y Valle del Cauca un (1) caso cada uno. Se han confirmado 14 casos, de estos, ocho (8) son importados y seis (6) relacionados a la importación, no se han reportado complicaciones ni defunciones, y se han cerrado ocho (8) brotes. En cuanto a la caracterización genética, seis (6) casos fueron genotipo D8. En respuesta a esta situación, se mantiene la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y las Salas de Análisis del Riesgo (SAR) departamentales.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 22 de julio de 2026.

Situación de preparación de la vigilancia en salud pública ante las condiciones del fenómeno de El Niño, julio 17 de 2026

Las condiciones asociadas al fenómeno de El Niño continúan presentes en el territorio nacional y los pronósticos climáticos sugieren una posible intensificación durante los próximos meses. En este contexto, el Sistema de Alerta Temprana de Factores de Riesgo Ambiental del Instituto Nacional de Salud, mantiene el monitoreo permanente de las condiciones meteorológicas y de los eventos de interés en salud pública sensibles a las variaciones climáticas, especialmente aquellos relacionados con temperaturas elevadas, déficit de precipitación y eventos hidrometeorológicos extremos.

De acuerdo con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), en el Informe Técnico Diario de Condiciones Hidrometeorológicas, Alertas y Pronósticos (ITD No. 202 actualizado el 21 de julio), se registraron temperaturas máximas iguales o superiores a 38,0 °C en diferentes municipios del país, principalmente en departamentos de las regiones Caribe e Interandina. Estos registros evidencian la persistencia de condiciones de calor extremo, las cuales pueden incrementar el riesgo de afectaciones en la salud, particularmente por estrés térmico, deshidratación y limitaciones en la disponibilidad de agua para consumo humano.

La evidencia científica y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han señalado que las altas temperaturas pueden favorecer el aumento de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y renales, así como agravar condiciones preexistentes y afectar la salud mental. Asimismo, estas condiciones pueden propiciar la transmisión de enfermedades transmitidas por vectores, como dengue, malaria, zika y Chikunguña, alterar la calidad e inocuidad del agua y los alimentos, incrementar el riesgo de enfermedades gastrointestinales e infecciones como la hepatitis A y favorecer la ocurrencia de incendios de cobertura vegetal con efectos sobre la calidad del aire y la salud respiratoria.

Adicionalmente, los cambios ambientales pueden influir sobre la seguridad alimentaria, la salud materna e infantil y la exposición a otros riesgos asociados con la interacción entre humanos, animales y ecosistemas (1).

Durante la semana epidemiológica 28 de 2026, el Sistema de Alerta Temprana priorizó el seguimiento de quince departamentos, cuatro distritos y varias ciudades debido al incremento de la temperatura ambiente y de la sensación térmica. Entre los territorios bajo vigilancia se encuentran Antioquia, Atlántico, Bolívar, Casanare, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santander, Tolima, Huila, Valle del Cauca, Nariño y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, así como los distritos de Barranquilla, Cartagena de Indias, Santa Marta, Bogotá y las ciudades de Bucaramanga y Santiago de Cali, además del municipio de Palocabildo (Tolima).

Las condiciones de tiempo seco observadas en algunas regiones han favorecido la ocurrencia de incendios de cobertura vegetal y conatos de incendio en diferentes zonas del país. Actualmente, se realiza seguimiento y acompañamiento en diferentes zonas priorizadas del país, incluyendo los municipios de Los Andes y Cumbitara (Nariño), Calarcá (Quindío), Piedecuesta, Charta y Matanza (Santander), Pácora (Caldas) y Pueblo Viejo (Magdalena),

así como los distritos de Santiago de Cali y Barranquilla y algunos municipios del departamento de Boyacá, fortaleciendo las acciones institucionales y la articulación territorial en estos sectores estratégicos. Hasta el momento no se han reportado personas lesionadas ni afectaciones y no se registran incendios de cobertura vegetal activos con impacto sanitario relevante.

Al contrastar estas condiciones ambientales con la información de vigilancia epidemiológica, se identificaron comportamientos inusuales en algunos eventos de interés en salud pública. Durante la semana epidemiológica 27 de 2026 se observaron incrementos en varias entidades territoriales de eventos como dengue y el dengue grave o con signos de alarma. Estos hallazgos refuerzan la importancia de mantener la vigilancia integrada entre los factores ambientales y epidemiológicos, con el fin de identificar tempranamente cambios en el comportamiento de los eventos y apoyar la toma de decisiones para la protección de la salud de la población (tabla 30).

Tabla 30. Comportamientos inusuales, eventos de interés en salud pública, Colombia, semana epidemiológica 27 de 2026

Evento de interés en salud pública	Entidades territoriales con comportamiento inusual
Morbilidad por IRA	Cartagena, Córdoba, Magdalena
Hospitalización en sala general	Córdoba, Magdalena
Morbilidad por IRA	Tolima
Hospitalización en UCI	La Guajira, Valle del Cauca
Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias	La Guajira
Malaria	Bolívar y Tolima
Dengue	Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cesar, La Guajira, Magdalena.
APTR	Casanare
Accidente ofídico	Barranquilla, Santiago de Cali, Cundinamarca
EDA	Atlántico, Santiago de Cali, Santander
Zika	Caldas
Chagas	Bolívar
Hepatitis A	Sucre
Violencia de género e intrafamiliar	Barranquilla, Caldas, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Nariño, Santander y Tolima.

ET: entidad territorial, UCI: unidad de cuidados intensivos, EDA: enfermedad diarreica aguda, IRA: infección respiratoria aguda, IRAG: infección respiratoria aguda grave, APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, semana epidemiológica 27, corte al 17 de julio de 2026

Referencia

1. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud; Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Boletín de Clima y Salud. Edición especial: Preparación en salud pública ante altas temperaturas y probable instauración del Fenómeno de El Niño en Colombia, 2026 [Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud; IDEAM; 2026 jun. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Factores-de-Riesgo-Ambiental.aspx>

Inundaciones por aumento de precipitaciones en Arauca, Colombia, 17 de julio de 2026

Desde el 09 de julio de 2026, el departamento de Arauca presenta una emergencia asociada al incremento de las precipitaciones y al aumento de los niveles de los ríos Arauca, Banadía, Tame, Cusay, Ele, Bojabá y Cravo Norte, generando inundaciones en siete municipios de Arauca, Arauquita, Fortul, Saravena, Puerto Rondón, Tame y Cravo Norte. De acuerdo con los reportes departamentales y organismos de gestión del riesgo, la situación ha ocasionado afectaciones en viviendas, infraestructura vial, sistemas de abastecimiento de agua, actividades productivas y acceso a servicios de salud.

El Instituto Nacional de Salud (INS), en articulación con la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca (UAESA), desarrolló capacitación en la herramienta EWARS in a Box (11 de julio), fortaleciendo las capacidades de vigilancia epidemiológica y respuesta en emergencias del personal de Salud Pública y de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) de los siete municipios mencionados. Se continúa con el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el monitoreo de eventos de interés en salud pública (EISP), la caracterización de población afectada y el seguimiento permanente a los Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE).

Con corte al 16 de julio de 2026, la emergencia continúa afectando amplias zonas del departamento. Los reportes preliminares indican más de 6 541 familias afectadas y cerca de 28 500 personas damnificadas, siendo Arauquita, Tame y Puerto Rondón los municipios con mayor impacto. La red hospitalaria de primer y segundo nivel mantiene la prestación de servicios y disponibilidad de insumos médicos. Adicionalmente, se fortaleció la atención mediante telesalud y continúa

habilitado el corredor humanitario para facilitar remisiones médicas y el acceso a servicios asistenciales en zonas afectadas.

Durante el seguimiento epidemiológico correspondiente a la semana epidemiológica 27 se identificaron comportamientos inusuales en varios eventos de interés en salud pública. Se observaron incrementos de accidentes ofídicos en Arauca y Arauquita; desnutrición aguda en menores de cinco años en Arauquita; dengue en Tame, Arauca, Arauquita y Fortul; agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en Tame; intento de suicidio en Tame, Saravena y Arauca; malaria en Saravena; morbilidad materna extrema en Tame y Arauquita; tosferina en Saravena; hospitalización por infección respiratoria aguda en Arauca y Arauquita; ingreso a unidades de cuidado intensivo por infección respiratoria aguda en Saravena y Arauca y enfermedad diarreica aguda en Arauca y Arauquita, lo que refuerza la necesidad de mantener la vigilancia intensificada durante el desarrollo de la emergencia.

Entre las principales necesidades identificadas se encuentran el fortalecimiento del acceso a agua segura mediante la distribución de filtros y tabletas potabilizadoras, el mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico en los Alojamientos Temporales de Emergencia, la continuidad de la vigilancia epidemiológica intensificada y la disponibilidad permanente de los ERI. Asimismo, se requiere fortalecer las intervenciones en salud mental y apoyo psicosocial, incrementar las medidas de prevención de enfermedades transmitidas por vectores mediante la distribución de toldillos y repelentes como garantizar el apoyo logístico y el transporte para el desarrollo de jornadas de atención en salud y el desplazamiento oportuno de los equipos de respuesta en las zonas afectadas.

Fuentes: Reportes de Situación (SITREP) del departamento de Arauca, 17 de julio de 2026; Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta Temprana (SAT), monitoreo de medios, 13-19 de julio de 2026.

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización sobre la situación del sarampión en la región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 16 de julio de 2026

En 2026, hasta la semana epidemiológica 27 (que finalizó el 11 de julio del 2026), la Región de las Américas reportó 43 559 casos confirmados de sarampión procedentes de 17 países y territorios, representando un aumento de 3,8 veces en comparación con el mismo periodo del 2025. En 2026 se reportaron 44 defunciones por sarampión (26 en Guatemala, 17 en México y 1 en Bolivia). Guatemala, México, Estados Unidos y Canadá concentraron el 98 % de los casos confirmados.

Los países que más casos han reportado en 2026 (hasta SE 27) son Guatemala (27 145), México (12 052), Estados Unidos (2 231) y Canadá (1 097), seguidos por Perú (859), Bolivia (81), El Salvador (39), Colombia (13), Belice (11), Panamá (9), Brasil (6), Honduras (6), Costa Rica (5) y Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Chile y Uruguay (menos de 5 casos por país).

Mapa 1. Distribución de casos confirmados de sarampión en la Región de Las Américas en 2026 a semana epidemiológica 27



Elaboración propia con datos de la OPS

El total notificado por Guatemala aumentó de 7 067 a 27 145 casos - comparado con el reporte anterior - tras la inclusión de casos retrospectivos confirmados mediante vinculación epidemiológica y criterios clínicos, además de los casos confirmados por laboratorio.

Durante las SE 25 y la SE 26 del 2026, la Región de las Américas notificó 1 818 nuevos casos confirmados de sarampión en ocho países y territorios, lo que representa una disminución del 38,4 % en comparación con el periodo de dos semanas anterior (SE 23-24; 2 949 nuevos casos). Este descenso se debió principalmente a la reducción del número de casos notificados en Estados Unidos, Guatemala, México y Perú. Por el contrario, Canadá registró un aumento, impulsado principalmente por el incremento de casos en Quebec.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe de Situación Regional - N.º 7, Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 16 de julio de 2026. Fecha de consulta: 21 de julio de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/07/sarampion-sitrep7-17julio-2026-es.pdf>

Actualización de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo, Uganda y Francia. Organización Mundial de la salud (OMS). Fecha de publicación: 17 de julio de 2026.

El brote de la enfermedad del virus Bundibugyo (BVD por sus siglas en inglés) en la República Democrática del Congo (RDC) permanece activo, con una transmisión sostenida que impulsa el aumento de casos y muertes.

En la RDC, a 15 de julio de 2026, se han reportado un total de 2 124 casos confirmados, incluidas 828 muertes, letalidad 39 %. Hasta la fecha, 390 pacientes se han recuperado. Los casos se han reportado en 46 zonas de salud en cinco provincias. Las infecciones entre los trabajadores de la salud continuaron aumentando, con 119 casos confirmados, 61 recuperaciones y 36 muertes reportadas, letalidad 30,3 %.

En Uganda el último caso confirmado fue identificado el 21 de junio de 2026. Al 14 de julio de 2026, se ha notificado un total acumulado de 20 casos confirmados, incluidas dos muertes y un caso probable que resultó en la muerte.

En Francia, el caso importado y confirmado se recuperó y recibió el alta del centro sanitario el 4 de julio. No se ha identificado ninguna transmisión secundaria entre los cinco contactos de vuelo. Estos contactos completaron su período de seguimiento el 14 de julio.

Las autoridades nacionales de Uganda y la República Democrática del Congo, en colaboración con la OMS y sus socios, siguen implementando amplias medidas de respuesta. El riesgo en la República Democrática del Congo sigue considerándose muy alto, el riesgo para Uganda y para los países que comparten fronteras terrestres con RDC se considera alto y el riesgo para el resto de la región africana y a nivel mundial se considera bajo.

Fuente: Organización Mundial de la salud (OMS). Enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo, Uganda y Francia. Fecha de publicación: 17 de julio de 2026. Fecha de consulta: 21 de julio de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON613>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 28 de 2026

Los comportamientos inusuales permiten determinar el estado de un evento de interés en salud pública en las Entidades Territoriales, para esto, se utilizan varias metodologías estadísticas las cuales generan tres tipos de resultados que son presentados en las tablas anexas; el primero corresponde a las entidades con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, el segundo disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris, y el tercero valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 28

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Defectos Congénitos			Hepatitis A		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	30	1	1	306	31	44	490	23	63	69	8	6	0	0	0	13	1	3	21	0	0
Antioquia	324	13	8	11952	1374	1609	2249	321	483	836	133	181	21	4	2	1131	161	156	185	63	18
Arauca	72	2	4	602	58	77	1601	146	359	523	42	122	16	1	3	33	6	3	1	1	1
Atlántico	44	4	1	2459	279	348	1877	134	284	840	76	129	17	5	2	32	4	3	2	1	1
Barranquilla D.E.	7	0	1	2772	262	355	1901	88	207	837	42	109	16	2	0	56	9	3	3	1	0
Bogotá D.C.	1	0	0	13649	1721	1893	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2423	354	316	41	16	15
Bolívar	142	6	2	1708	203	225	4936	310	998	1985	152	421	75	7	9	200	29	21	3	0	0
Boyacá	47	2	3	4065	486	568	194	31	79	92	12	33	2	0	1	415	60	47	4	1	0
Buenaventura D.E.	13	0	0	86	11	10	85	25	16	31	10	6	1	0	0	23	2	6	0	0	0
Caldas	45	1	2	2410	281	354	122	24	23	51	14	6	1	0	1	70	10	9	3	2	0
Santiago de Cali D.E.	8	0	0	3087	394	407	840	486	148	315	195	64	2	5	0	368	51	52	3	23	0
Caquetá	100	2	6	685	90	74	368	91	30	189	48	12	9	1	0	55	8	6	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	14	0	0	1468	132	211	2528	125	243	500	44	53	26	3	5	273	41	34	1	0	0
Casanare	87	3	1	1276	120	162	2402	197	839	702	73	235	15	3	10	53	8	5	1	3	0
Cauca	72	2	1	3623	441	478	115	75	19	42	25	8	1	1	0	559	81	65	2	9	0
Cesar	135	7	7	1791	200	256	5167	224	678	2921	145	345	36	5	6	45	6	7	1	1	0
Chocó	123	4	3	196	17	19	590	107	115	138	19	24	7	1	2	50	7	5	0	0	0
Córdoba	191	8	7	3116	374	428	2070	307	291	873	154	142	11	4	2	169	24	13	1	1	0
Cundinamarca	57	1	2	9134	1037	1211	965	163	196	342	75	64	7	1	0	637	94	80	7	3	0
Guainía	5	0	0	150	12	12	7	4	0	2	2	0	0	0	0	14	2	2	1	0	0
Guaviare	50	1	0	213	59	26	603	31	284	108	8	35	1	0	0	18	2	3	0	0	0
Huila	84	5	4	4112	362	568	784	202	140	303	84	52	35	6	3	237	34	33	7	1	0
La Guajira	68	6	0	1416	238	184	2910	103	200	1552	71	110	52	2	2	54	8	7	2	1	0
Magdalena	89	6	0	1438	180	157	3616	100	480	1812	67	249	28	2	5	26	4	3	0	1	0
Meta	158	6	7	2655	299	349	10247	520	1821	3108	180	562	92	5	16	122	20	13	8	8	1
Nariño	67	3	2	4555	528	637	415	66	82	174	21	32	5	1	2	135	20	14	2	1	0
Norte de Santander	200	8	5	4316	458	584	3720	311	592	1430	151	202	64	5	10	202	28	23	17	16	1
Putumayo	84	2	1	1139	126	165	319	91	74	72	26	17	4	1	1	129	20	13	0	0	0
Quindío	9	0	0	2617	227	298	230	26	75	47	8	12	5	0	3	46	7	6	0	1	0
Risaralda	42	1	0	2610	322	365	127	27	32	54	12	15	2	0	0	120	15	25	7	3	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	208	26	28	11	3	4	3	2	2	0	0	0	8	2	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	22	0	0	1171	128	166	1935	31	102	873	19	47	8	1	0	16	3	1	1	0	0
Santander	117	5	5	4910	516	633	4006	475	657	1499	203	284	24	5	4	155	23	12	51	4	1
Sucre	53	2	0	1714	196	263	1035	274	207	501	165	83	12	7	1	71	9	10	1	0	1
Tolima	94	1	2	4510	505	650	1945	380	404	542	152	108	28	4	7	119	17	14	2	4	0
Valle del Cauca	46	1	4	5528	613	775	993	361	239	336	139	90	6	2	1	254	38	19	1	1	0
Vaupés	24	1	1	128	17	10	36	4	18	5	0	0	0	0	0	34	5	2	1	0	0
Vichada	26	0	1	140	20	23	61	17	15	21	5	5	0	0	0	17	3	1	0	0	0
Total nacional	2.750	104	81	107.315	12.345	14.622	61.500	5.903	10.497	23.728	2.582	3.865	629	84	98	8.382	1216	1035	361	168	42

47

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 28

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	13	1	2	19	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	10	1	3	1	0	0
Antioquia	2128	271	299	396	69	48	13	2	1	3	1	1	63	9	7	366	54	53	665	91	78
Arauca	47	8	5	90	7	11	0	0	0	0	0	0	6	0	0	33	2	8	4	0	1
Atlántico	311	47	41	59	9	6	2	1	0	0	0	0	36	4	4	93	14	19	75	10	10
Barranquilla D.E.	342	48	53	47	9	3	2	1	0	1	0	0	38	4	5	137	10	22	182	18	21
Bogotá D.C.	2529	292	356	213	17	33	5	2	1	7	0	1	91	10	12	626	72	72	1476	149	198
Bolívar	154	21	19	78	10	6	1	0	0	4	0	2	17	2	4	81	10	6	48	22	6
Boyacá	258	40	31	82	13	9	0	0	0	0	0	0	11	2	4	70	8	12	24	7	6
Buenaventura D.E.	14	2	6	12	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	15	2	3	2	1	0
Caldas	321	47	41	96	13	17	0	0	0	0	0	0	10	2	2	41	6	5	81	14	12
Santiago de Cali D.E.	648	72	95	92	12	11	2	1	0	2	0	0	32	3	12	160	16	17	164	44	22
Caquetá	48	8	5	69	9	7	0	0	0	0	0	0	5	1	1	30	6	2	18	2	1
Cartagena de Indias D.T.	226	26	38	27	5	3	0	0	0	0	0	0	12	1	2	37	5	6	15	13	4
Casanare	63	10	10	47	13	5	0	0	0	0	0	0	5	1	1	25	3	5	24	1	5
Cauca	180	26	27	173	27	23	1	1	1	1	0	1	12	0	3	59	9	5	28	7	2
Cesar	186	27	28	115	12	15	2	0	0	0	0	0	25	2	5	90	12	18	66	8	12
Chocó	26	4	3	40	3	6	2	1	0	0	0	0	8	0	2	27	2	8	4	1	1
Córdoba	331	43	43	184	28	29	4	1	0	1	0	0	44	6	9	141	24	17	139	34	16
Cundinamarca	735	86	87	186	21	16	10	0	0	2	0	0	33	4	4	159	18	22	188	23	22
Guainía	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	3	0	0
Guaviare	9	2	2	18	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	9	1	0	64	3	6
Huila	219	30	32	177	30	23	1	0	0	2	0	0	17	1	0	79	9	12	77	26	12
La Guajira	89	12	10	66	9	10	1	0	0	0	0	0	19	1	3	62	10	10	22	1	2
Magdalena	123	18	14	47	9	6	0	0	0	0	0	0	7	1	0	42	9	5	10	2	0
Meta	181	28	32	118	21	14	0	0	0	0	0	0	26	3	2	88	12	13	92	11	10
Nariño	362	48	54	189	29	16	6	0	0	3	0	0	17	2	2	107	14	16	130	22	30
Norte de Santander	335	49	45	201	22	24	0	0	0	0	0	0	25	4	4	138	19	17	73	12	11
Putumayo	54	10	10	90	17	11	0	0	0	0	0	0	15	1	0	50	5	5	18	3	3
Quindío	164	19	26	48	7	9	0	0	0	0	0	0	5	2	2	62	7	4	165	18	20
Risaralda	323	49	49	82	14	12	5	0	1	1	0	0	16	2	1	81	12	11	85	14	6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	12	2	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	1	0	0
Santa Marta D.T.	131	13	20	17	2	1	0	0	0	0	0	0	9	1	1	13	2	3	15	2	0
Santander	531	64	69	168	24	16	2	1	0	1	0	1	41	2	3	121	16	12	85	10	9
Sucre	154	25	22	54	12	8	1	0	0	0	0	0	14	2	3	75	9	12	17	5	2
Tolima	286	43	42	144	18	18	3	1	0	1	0	0	11	1	3	70	9	11	67	9	12
Valle del Cauca	447	65	64	120	22	15	15	1	1	1	1	0	26	3	4	134	15	13	385	40	33
Vaupés	6	1	3	10	3	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	5	1	1	2	0	0
Vichada	5	1	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	2	0	0
Total nacional	11.994	1.556	1.686	3.581	522	437	81	15	5	30	4	6	701	77	105	3.347	425	451	4.517	624	573

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 28

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1303	155	115	2	7	1	3357	642	332	205	13	23
Antioquia	158	8	8	57	7	5	270	15	43	4889	1060	626	147	104	35	552715	81442	60940	22664	3517	2339
Arauca	0	0	0	22	3	4	3	1	3	142	7	18	5	7	1	12262	2505	1977	1354	179	294
Atlántico	5	2	0	9	2	1	2	0	2	0	0	0	4	13	1	80490	13397	9170	2066	312	158
Barranquilla D.E.	7	2	0	20	2	3	4	2	4	0	0	0	12	20	2	116790	19916	13507	6293	535	645
Bogotá D.C.	248	21	32	2	0	0	169	8	23	0	0	0	114	117	45	845281	154291	112235	41525	6830	5241
Bolívar	8	1	4	3	1	0	1	0	1	1104	137	145	16	14	4	74788	12371	9947	1836	247	251
Boyacá	16	4	0	2	0	0	2	1	2	143	0	10	21	16	2	67409	13833	9928	3921	671	624
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	909	195	150	10	5	3	5806	757	1040	27	8	0
Caldas	13	4	2	19	3	1	26	12	26	9	2	1	14	6	3	46815	8250	5744	1988	322	225
Santiago de Cali D.E.	10	3	1	88	11	1	66	8	8	2	1	1	67	45	15	133637	24771	15425	3354	676	321
Caquetá	1	0	0	5	1	1	4	2	4	245	10	26	14	10	7	19105	3635	2334	1415	190	182
Cartagena de Indias D.T.	6	0	0	2	0	1	2	2	2	2	0	0	10	13	1	94319	17873	11618	6594	417	984
Casanare	27	0	1	5	1	1	0	0	0	23	3	3	7	3	3	13659	3300	2526	242	88	34
Cauca	5	1	0	12	1	0	9	2	9	1200	277	182	28	14	7	56460	10681	6776	2653	286	311
Cesar	7	1	1	22	6	1	3	2	3	9	2	1	25	13	6	60822	11844	6661	2840	673	407
Chocó	0	0	0	1	0	0	4	0	4	11970	2469	1937	14	8	1	14276	2034	1432	737	163	72
Córdoba	12	3	0	3	0	1	1	0	1	2853	891	351	11	15	4	114431	18645	13755	6211	514	786
Cundinamarca	92	6	5	5	0	0	9	2	9	0	0	0	48	30	13	192245	34121	24038	9015	1213	1299
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1978	277	105	0	0	0	970	243	136	57	22	5
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0	1	0	720	92	86	1	2	1	3151	750	569	581	44	77
Huila	9	0	0	26	1	2	4	2	4	1	0	1	20	11	6	44715	12415	6883	2822	532	434
La Guajira	4	1	1	4	1	0	0	1	0	10	1	0	6	8	1	147914	16519	22505	2198	536	212
Magdalena	2	1	0	4	0	0	0	0	0	7	1	2	8	9	2	70373	8641	8558	2201	273	366
Meta	8	1	0	16	2	1	14	9	14	1039	51	160	8	9	3	47210	9357	7776	1951	340	356
Nariño	15	1	2	7	1	1	16	5	16	2102	921	178	44	29	10	65251	13851	7208	4452	547	477
Norte de Santander	15	2	1	4	0	0	24	2	24	468	130	88	48	25	11	93359	12637	8937	6514	903	716
Putumayo	3	0	0	4	0	0	3	2	3	50	5	4	5	6	1	22122	2849	2748	777	140	140
Quindío	9	1	0	3	0	0	8	3	8	2	2	0	9	4	1	29309	6266	3435	1616	282	258
Risaralda	7	0	0	10	1	0	4	1	4	1422	332	131	44	12	14	62083	9717	9111	1930	371	215
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2	0	3407	707	458	448	84	46
Santa Marta D.T.	9	0	0	6	1	0	0	1	0	0	0	0	7	4	1	32429	5251	3918	2112	230	257
Santander	19	4	2	6	0	0	2	1	2	10	1	0	70	28	19	143753	18891	15906	9695	1378	1172
Sucre	4	0	0	1	0	0	0	0	0	29	8	5	13	8	1	55730	8677	6830	4274	621	424
Tolima	3	1	0	14	3	0	10	4	10	19	0	3	12	12	1	77199	14794	9109	5559	665	535
Valle del Cauca	25	7	15	39	7	5	9	6	9	18	5	4	27	25	6	78111	14382	9780	2204	298	292
Vaupés	0	0	0	7	1	0	0	0	0	801	212	359	6	3	3	3385	433	377	71	15	8
Vichada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1142	102	113	2	3	0	1289	428	220	2	3	0
Total nacional	747	75	75	429	56	29	670	40	92	34.622	7.492	4.524	899	682	235	3.486.427	591.116	433.849	164.404	24.138	20.186

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 28

Decremento
Incremento

	Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Morbilidad Materna Extrema			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1626	400	207	47	39	47	9	9	9	0	0	0	0	0	0
Antioquia	2275	963	626	215097	33251	30099	2084	1834	2084	396	457	396	7	7	0	333	55	31
Arauca	33	6	8	4617	776	640	102	84	102	33	34	33	2	0	0	17	1	0
Atlántico	1385	203	256	32774	5157	6175	632	572	632	63	122	63	1	2	0	43	4	4
Barranquilla D.E.	739	312	210	42375	7058	5726	830	878	830	111	146	111	1	1	0	98	9	8
Bogotá D.C.	5189	2134	1494	404382	53322	53444	3608	2685	3608	402	425	402	12	7	0	833	117	108
Bolívar	251	95	80	17643	3219	2109	574	534	574	107	119	107	6	2	0	25	3	3
Boyacá	218	121	65	25857	3910	3377	452	321	452	56	75	56	2	1	1	90	16	14
Buenaventura D.E.	8	1	1	1837	553	227	58	70	58	33	43	33	0	1	0	1	0	0
Caldas	759	215	198	17686	2799	2538	340	313	340	49	54	49	2	1	0	22	6	3
Santiago de Cali D.E.	360	84	48	89319	12357	13717	1062	866	1062	135	159	135	0	2	0	79	20	5
Caquetá	13	12	4	8869	1557	1049	134	122	134	33	36	33	0	1	0	19	2	3
Cartagena de Indias D.T.	993	273	334	28294	4694	3649	725	582	725	85	126	85	0	2	0	36	4	4
Casanare	90	19	23	6068	1115	833	201	183	201	21	41	21	1	1	0	33	2	3
Cauca	127	82	26	21084	4923	2965	624	536	624	107	130	107	1	2	1	33	4	3
Cesar	220	78	66	13600	3938	1739	724	460	724	118	140	118	1	3	0	49	3	4
Chocó	23	5	10	9458	981	1229	159	153	159	83	98	83	0	1	0	3	0	0
Córdoba	982	243	240	26175	4999	3374	558	589	558	141	205	141	2	3	0	98	11	9
Cundinamarca	608	398	191	89062	11536	11243	1393	975	1393	200	226	200	3	4	0	210	31	26
Guainía	0	0	0	870	129	98	25	11	25	15	11	15	0	0	0	0	0	0
Guaviare	37	6	10	2365	276	341	30	18	30	3	9	3	1	0	0	4	1	1
Huila	361	137	114	22411	3872	3315	530	449	530	93	98	93	6	2	0	86	13	8
La Guajira	412	80	87	23024	4405	3238	856	704	856	142	214	142	0	2	0	16	3	1
Magdalena	14	13	2	19532	3755	2375	423	356	423	63	104	63	1	2	0	17	2	1
Meta	135	103	43	26031	4250	3241	290	203	290	78	97	78	5	2	0	35	7	3
Nariño	109	45	33	25568	5708	3281	1002	676	1002	95	113	95	7	2	0	70	12	4
Norte de Santander	535	161	110	29913	5299	3771	647	341	647	92	118	92	3	2	2	104	14	12
Putumayo	30	12	8	8015	1018	925	294	185	294	20	32	20	1	1	0	32	3	4
Quindío	303	71	76	17602	2577	2292	110	75	110	33	33	33	0	1	0	34	4	1
Risaralda	195	67	45	22531	3643	2876	310	357	310	55	59	55	0	1	0	31	4	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	9	1	3	1294	292	163	7	11	7	2	6	2	0	0	0	4	0	0
Santa Marta D.T.	476	140	140	11252	1353	1536	336	260	336	45	49	45	0	1	0	10	1	0
Santander	1416	413	395	54286	6827	7804	594	426	594	98	123	98	3	3	0	48	8	3
Sucre	544	249	128	14013	3288	2174	325	318	325	73	100	73	2	2	0	28	6	3
Tolima	260	110	93	32938	4899	4656	528	473	528	61	82	61	4	2	0	23	8	2
Valle del Cauca	628	124	159	38857	6334	5168	558	489	558	89	115	89	2	3	0	88	13	9
Vaupés	0	3	0	1589	116	243	34	17	34	4	7	4	0	0	0	3	0	0
Vichada	0	0	0	882	229	169	54	31	54	22	20	22	0	0	0	0	0	0
Total nacional	19.737	6.972	5.326	1.408.796	214.814	192.006	21.260	17.197	21.260	3.265	4.033	3.265	77	63	4	2.654	403	281

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 28

Decremento
Incremento

	Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19			Infecciones asociadas a dispositivos IAD			Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos IAPMQ		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	1	0	6	0	0	63	5	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Antioquia	12	4	0	893	74	46	1503	199	144	194	44	40	381	72	49	285	58	33
Arauca	0	1	0	25	2	3	59	10	1	10	2	3	6	1	1	13	3	1
Atlántico	1	0	0	14	1	1	452	70	30	27	8	9	28	3	6	26	3	6
Barranquilla D.E.	0	0	0	37	4	1	588	62	41	58	20	21	148	33	9	47	12	7
Bogotá D.C.	470	4	16	816	115	63	2716	417	336	826	211	278	560	93	104	431	70	44
Bolívar	1	0	0	23	2	1	265	32	20	14	2	1	4	1	0	32	7	9
Boyacá	9	1	0	70	5	7	414	63	40	82	16	32	55	11	5	37	5	5
Buenaventura D.E.	0	1	0	3	0	0	21	2	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0
Caldas	2	0	0	20	2	2	272	30	51	8	1	1	113	19	17	22	4	0
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	29	3	5	586	73	69	65	7	17	309	45	56	111	22	9
Caquetá	2	0	0	3	1	0	135	11	10	2	0	1	10	2	1	10	1	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	48	2	2	269	60	11	29	3	2	79	18	8	37	7	3
Casanare	0	0	0	44	1	1	135	14	13	4	0	2	12	4	2	9	2	0
Cauca	2	0	0	24	1	5	160	27	19	45	6	5	52	12	3	29	4	2
Cesar	0	0	0	63	3	7	423	31	34	15	4	4	266	54	26	43	7	5
Chocó	0	0	0	106	5	7	17	5	2	7	1	0	0	0	0	7	2	0
Córdoba	0	0	0	14	1	0	688	80	43	32	4	3	144	25	20	52	15	6
Cundinamarca	159	2	1	145	27	7	1293	162	190	143	34	41	52	14	4	91	14	15
Guainía	1	1	0	1	0	0	13	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2
Guaviare	0	1	0	2	0	0	28	3	0	2	0	0	0	0	0	15	5	2
Huila	3	1	0	30	8	4	263	37	58	7	0	2	85	17	4	22	1	2
La Guajira	0	0	0	29	1	0	236	22	35	14	4	2	27	2	3	26	6	5
Magdalena	0	1	0	12	2	0	203	20	13	3	0	0	0	0	0	25	6	3
Meta	8	1	1	98	8	13	230	50	29	22	3	8	44	10	6	33	9	5
Nariño	1	1	0	50	8	7	437	55	43	17	2	2	63	10	12	39	7	8
Norte de Santander	0	0	0	93	4	4	970	68	56	21	1	14	100	26	25	64	10	8
Putumayo	1	1	0	16	1	0	88	19	3	8	1	2	3	1	0	6	2	2
Quindío	1	1	0	20	1	4	198	23	24	24	6	2	24	6	8	30	5	3
Risaralda	1	1	0	77	1	1	295	38	29	13	2	2	22	6	2	20	7	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	1	0	3	0	0	47	2	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	12	10	0	149	9	13	6	3	3	78	11	7	14	4	2
Santander	2	0	0	155	10	4	616	59	47	57	25	13	118	24	13	37	12	3
Sucre	6	1	0	25	10	0	283	31	44	24	3	2	88	15	15	24	3	5
Tolima	1	1	0	20	3	0	383	56	57	23	6	4	66	15	9	39	8	4
Valle del Cauca	1	0	0	10	2	1	618	85	55	14	3	3	22	11	7	12	6	0
Vaupés	1	1	0	94	1	6	14	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Vichada	3	1	0	19	1	0	67	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	688	21	18	3.137	315	202	15.197	1.945	1.567	1.821	423	519	2.960	559	422	1.703	323	202

51

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 28

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, BD		Hepatitis C		Intento de Suicidio	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica	
	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Departamento														
Amazonas	0	0	0	0	34	30	0	0	9	12	0	0	42	57
Antioquia	1	1	0	0	1218	1525	0	1	149	186	131	232	2907	3095
Arauca	1	0	0	0	163	116	0	0	14	55	1	3	93	137
Atlántico	0	0	0	0	217	192	0	0	31	27	15	14	518	485
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	131	112	0	0	38	24	23	37	500	503
Bogotá D.C.	1	0	0	0	1889	1498	0	0	164	266	248	340	2918	3318
Bolívar	0	2	0	0	273	334	0	0	16	25	1	4	315	273
Boyacá	2	0	0	0	286	305	0	0	12	38	8	12	571	505
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	92	77	0	0	6	5	0	2	54	54
Caldas	0	0	0	0	107	112	0	1	30	38	7	11	661	679
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	283	306	0	0	47	49	76	86	940	1099
Caquetá	0	0	0	0	113	84	0	0	17	16	0	2	135	115
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	190	316	0	0	19	20	9	11	311	330
Casanare	6	0	0	0	195	145	0	0	18	65	1	2	163	144
Cauca	0	0	0	0	177	187	0	0	30	47	7	9	468	485
Cesar	3	0	0	0	443	546	0	0	32	52	3	7	326	330
Chocó	0	0	0	0	493	523	0	0	22	28	1	2	67	103
Córdoba	1	2	0	0	323	353	0	0	50	45	3	10	575	622
Cundinamarca	1	0	0	0	750	711	0	1	59	90	27	38	1257	1529
Guainía	0	0	0	0	34	15	0	0	1	1	0	0	16	13
Guaviare	0	0	0	0	59	40	0	0	27	35	0	1	32	38
Huila	0	0	0	0	254	233	0	2	28	51	5	7	454	456
La Guajira	0	0	0	0	1049	916	0	0	19	22	2	1	162	187
Magdalena	0	0	0	0	358	347	0	0	18	12	2	3	209	211
Meta	1	0	0	0	252	277	0	0	18	33	5	9	384	338
Nariño	0	0	0	0	404	441	0	0	39	52	5	10	809	801
Norte de Santander	1	1	0	0	401	322	0	0	92	148	13	12	608	678
Putumayo	0	0	0	0	118	116	0	0	32	33	1	2	172	136
Quindío	0	0	0	0	61	57	0	0	14	18	23	11	283	287
Risaralda	0	0	0	0	248	291	0	0	26	44	27	44	662	676
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	6	10	0	0	1	2	0	0	14	20
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	64	92	0	0	15	12	5	8	164	181
Santander	3	0	0	0	275	267	0	0	54	92	11	16	905	926
Sucre	1	0	0	0	157	238	0	0	15	22	1	2	271	250
Tolima	1	0	0	0	199	197	0	0	33	25	11	18	642	616
Valle del Cauca	0	0	0	0	288	353	0	0	30	61	20	38	713	791
Vaupés	0	0	0	0	35	15	0	0	8	22	0	0	43	40
Vichada	0	0	0	0	167	110	0	0	6	9	0	1	14	21
Total nacional	23	6	0	0	11.807	11.809	1	5	1.239	1.782	692	1.005	19.377	20.529

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 28

Decremento
 Incremento

	Leishmaniasis Cutanea		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubeola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	9	3	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	1	1
Antioquia	664	379	19	4	13	7	4	2	15	21	7	6	75	263
Arauca	12	10	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	3	1
Atlántico	1	2	1	0	4	0	1	0	2	3	3	0	17	16
Barranquilla D.E.	0	0	3	2	3	0	1	1	2	5	1	1	14	17
Bogotá D.C.	0	0	1	0	11	10	0	1	25	17	0	0	86	652
Bolívar	243	228	2	0	5	0	1	0	4	7	3	3	13	5
Boyacá	105	67	1	0	2	1	1	0	4	2	1	0	14	16
Buenaventura D.E.	9	15	2	2	1	0	0	1	2	1	2	0	4	3
Caldas	115	56	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	11	10
Santiago de Cali D.E.	1	0	5	1	3	1	1	0	5	1	0	0	24	33
Caquetá	151	93	8	1	2	3	0	0	5	1	2	0	5	4
Cartagena de Indias D.T.	1	0	4	2	3	4	1	0	4	4	1	0	11	29
Casanare	4	4	0	0	1	1	1	0	1	3	1	0	5	6
Cauca	31	14	1	0	5	3	3	1	6	4	0	1	17	1
Cesar	119	206	1	0	7	4	4	3	4	7	9	8	16	20
Chocó	146	120	2	1	7	5	14	10	21	20	24	17	6	10
Córdoba	117	73	0	2	5	0	1	0	6	10	4	1	22	24
Cundinamarca	115	63	2	5	6	4	0	0	8	6	0	0	39	93
Guainía	10	7	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1
Guaviare	177	86	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Huila	6	8	3	2	3	1	0	1	4	2	2	0	13	32
La Guajira	17	22	0	0	10	6	17	8	21	16	26	14	12	2
Magdalena	5	6	1	0	4	3	1	3	5	2	9	0	10	5
Meta	112	64	1	3	2	1	1	2	4	5	3	1	13	22
Nariño	142	65	1	1	7	4	0	2	7	5	2	0	19	20
Norte de Santander	135	78	1	0	4	0	1	0	3	3	2	0	17	41
Putumayo	160	30	0	0	1	0	0	2	2	0	1	1	4	6
Quindío	0	0	2	0	1	1	0	0	2	1	0	0	6	12
Risaralda	68	44	5	1	3	2	6	2	5	6	5	0	11	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Marta D.T.	8	9	1	0	2	1	1	1	1	0	0	2	6	10
Santander	409	533	2	2	3	0	0	1	2	3	1	0	26	31
Sucre	64	56	2	0	2	2	0	1	3	1	1	0	11	11
Tolima	137	60	13	10	3	2	1	1	5	5	0	1	15	21
Valle del Cauca	9	5	4	0	2	1	1	0	7	2	3	1	23	46
Vaupés	26	4	0	0	0	0	2	2	1	0	2	0	1	0
Vichada	21	24	0	0	1	1	1	0	2	3	7	6	2	0
Total nacional	3.220	2.434	330	290	125	68	77	46	208	167	130	63	575	1.477

53

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 28

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Casos sospechosos
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	2	1	10	13	0	0	31	40	1	0	11	15	348	292
Antioquia	91	68	671	817	1	1	2052	2705	67	70	1467	1345	12335	9380
Arauca	18	10	99	91	0	0	77	76	1	1	49	65	668	771
Atlántico	20	11	198	195	1	0	266	353	10	14	228	202	1388	1356
Barranquilla D.E.	24	15	227	207	1	2	472	534	12	19	402	327	1370	1635
Bogotá D.C.	71	59	476	560	0	0	725	829	20	23	1969	1651	16808	16531
Bolívar	22	10	167	163	1	3	114	126	3	2	117	93	1278	1304
Boyacá	15	6	58	49	0	0	94	112	2	1	100	96	2399	2310
Buenaventura D.E.	13	8	83	85	0	0	97	122	3	5	59	51	197	167
Caldas	10	8	75	87	0	0	181	178	2	4	164	168	1646	1861
Santiago de Cali D.E.	14	19	256	382	0	0	832	811	28	21	671	582	4121	3452
Caquetá	6	4	47	42	0	0	145	162	3	5	50	52	596	572
Cartagena de Indias D.T.	39	25	192	249	0	0	251	312	3	7	302	204	797	1040
Casanare	21	16	77	93	0	0	87	114	3	4	71	103	477	604
Cauca	12	6	102	125	0	0	165	151	2	1	143	172	1819	1846
Cesar	25	18	181	162	1	0	251	278	2	8	188	192	1097	1169
Chocó	27	20	141	124	0	0	131	145	1	0	43	61	239	274
Córdoba	14	14	174	159	2	0	159	177	4	2	314	291	1872	1843
Cundinamarca	37	19	212	261	0	0	293	363	7	11	434	440	7608	8317
Guainía	3	5	9	9	0	0	12	10	0	0	3	1	112	112
Guaviare	2	2	14	10	0	0	21	32	1	0	17	21	169	243
Huila	6	10	84	102	0	1	247	258	5	4	235	183	3356	3446
La Guajira	35	19	213	176	0	0	308	433	4	6	154	235	741	787
Magdalena	19	6	132	138	1	0	103	119	1	4	89	99	776	753
Meta	28	42	136	177	0	0	367	410	13	13	160	193	1352	1453
Nariño	9	10	129	139	0	1	103	144	3	5	182	188	2446	2784
Norte de Santander	54	17	280	259	0	0	402	515	8	8	315	317	2067	2343
Putumayo	3	4	55	54	0	1	59	64	2	0	48	53	757	938
Quindío	5	6	52	58	0	0	154	180	2	5	156	121	1433	1414
Risaralda	16	7	99	110	0	1	350	399	12	6	285	263	2002	2020
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	4	4	0	0	7	9	0	1	7	7	131	136
Santa Marta D.T.	10	5	71	111	0	0	150	184	3	1	131	112	384	338
Santander	38	14	241	265	0	0	599	777	15	12	369	334	3452	3852
Sucre	9	8	115	104	0	1	58	51	0	1	126	115	1003	994
Tolima	13	15	87	109	0	1	323	423	8	11	205	219	1730	1876
Valle del Cauca	16	17	174	248	0	0	408	608	13	14	355	454	3926	4053
Vaupés	1	2	3	4	0	0	11	14	0	0	2	2	150	238
Vichada	5	5	23	22	0	0	19	15	0	0	7	16	135	133
Total nacional	772	531	5.364	5.963	6	12	10.124	12.233	264	289	9.628	9.043	83.184	82.637



Semana epidemiológica 28

12 al 18 de julio de 2026

TEMA CENTRAL Varicela

Parotiditis en Colombia

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora de Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en
Salud Pública

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



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Boletín Epidemiológico Semanal

Autores: tema central: Adriana Marcela Monje Rodríguez. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz, Natalí Paola Cortés. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas: Gestor sistema de alerta temprana,** Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Natalí Paola Cortés, Mónica Carolina Carreño Niño, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Lady Alexandra Castillo Vargas. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Eliana Mendoza, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Lina Yessenia Lozano Lesmes. **Corrector de estilo:** María Fernanda Campos Maya. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

55 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.28>