

Juntos contra la meningitis.



Vacúnate



**Lávate las
manos**



**Identifica los
síntomas**

Observa fiebre, dolor de cabeza, cuello
rígido, vómito y alteración de conciencia

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Año 21

Situación epidemiológica de la meningitis bacteriana aguda, Colombia

La vacunación, la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico oportuno son fundamentales para reducir la meningitis

Semana
epidemiológica

13 al 19 de septiembre de 2026

37

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	8
	Mortalidad	13
	Eventos trazadores	21
	Brotes y alertas	41
	Tablas de mando por departamento	46



TEMA CENTRAL

Situación epidemiológica de la meningitis bacteriana aguda, Colombia

Diana Lucero Rivera Gómez, drivera@ins.gov.co
Grupo de Enfermedades Prevenibles por Vacunación INS,
vigilancia@ins.gov.co

Introducción

La meningitis es un síndrome infeccioso grave del sistema nervioso central que puede ser causado por diferentes agentes etiológicos, incluidos bacterias, virus y hongos. En el caso específico de la meningitis bacteriana aguda, actualmente en Colombia se vigilan tres agentes principales: *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*; además, existen otros agentes bacterianos de transmisión perinatal, como *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli* y *Listeria monocytogenes*, que son especialmente relevantes en menores de un año. La cápsula polisacárida que rodea a estas bacterias actúa como un mecanismo de protección que dificulta su destrucción por el sistema inmune, favorece su adherencia a los tejidos y determina su clasificación en serogrupos o serotipos, categorías sobre las cuales se diseñan las vacunas disponibles para estos agentes. Asimismo, otros microorganismos como virus y hongos también pueden producir meningitis, aunque presentan características epidemiológicas, clínicas y de vigilancia diferentes a las de la meningitis bacteriana (1).

La *Neisseria meningitidis* se clasifica en seis serogrupos principales (A, B, C, W, X, Y); *Haemophilus influenzae* en serotipos a-f, con cepas no tipificables y con el serotipo b (Hib) como el más invasivo, aunque los serotipos a, e y f han emergido en los últimos años; y *Streptococcus pneumoniae* presenta más de 100 serotipos, siendo el principal agente de meningitis bacteriana adquirida en la comunidad (2).

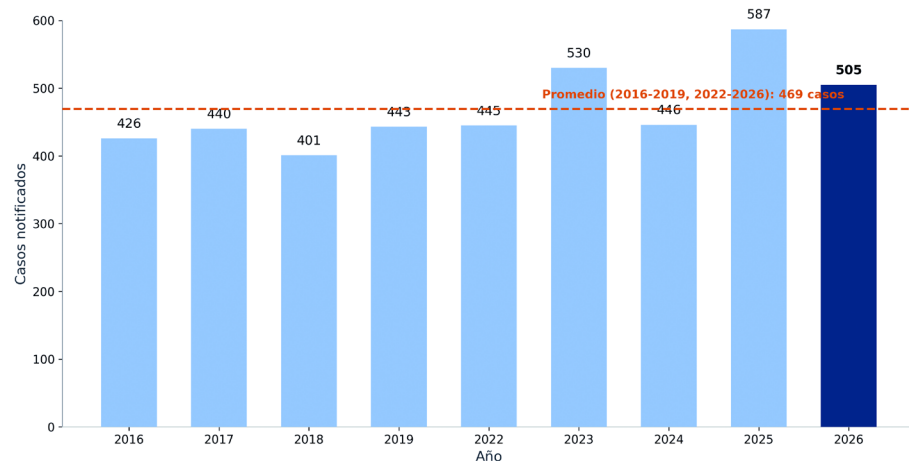
A nivel mundial, la meningitis bacteriana representa una amenaza para todas las regiones, con brotes esporádicos y una elevada carga de morbilidad. La mayor concentración endémica y epidémica se localiza en el África subsahariana, conocida como el “cinturón de la meningitis”, donde los grandes brotes ocurren de manera recurrente durante la estación seca (diciembre a junio), favorecidos por factores climáticos y ambientales. La vacunación masiva preventiva y el diagnóstico oportuno constituyen las estrategias clave recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mitigar su impacto (3).

Como respuesta a este escenario, la OMS aprobó en 2020 y lanzó en 2021 la hoja de ruta mundial “Derrotar la meningitis para 2030”, bajo la visión de “un mundo libre de meningitis”, con tres metas centrales: eliminar las epidemias de meningitis bacteriana, reducir en 50,0 % los casos y en 70,0 % las muertes por meningitis bacteriana prevenible por vacunación, y disminuir la discapacidad y mejorar la calidad de vida después de la enfermedad. La hoja de ruta se apoya en cinco pilares estratégicos: prevención y control de epidemias, diagnóstico y tratamiento, vigilancia, apoyo y atención a las personas afectadas, y abogacía y compromiso, con la meta de que ninguna familia sufra una pérdida evitable por meningitis (3).

Situación en Colombia

A la semana epidemiológica 34 de 2026 (datos preliminares), se notificaron 505 casos de meningitis bacteriana aguda en el país, cifra 14,0 % superior al promedio del último quinquenio (figura 1).

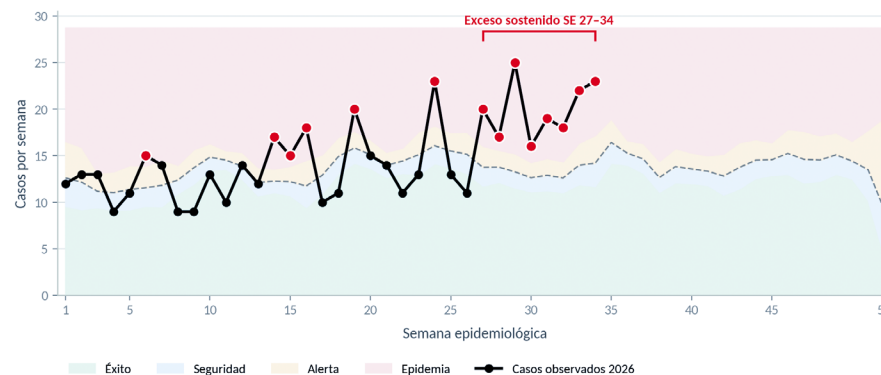
Figura 1. Casos notificados de meningitis bacteriana aguda, Colombia, a semana epidemiológica 34, 2016-2026p



Fuente: Instituto Nacional de salud, Sivigila, evento 535, a semana epidemiológica 34, 2016-2026 de 2026 (datos preliminares). p: datos preliminares. Se excluyen años pandémicos (2020-2021)

El análisis mediante el canal endémico mostró que el evento acumuló ocho semanas epidemiológicas consecutivas (semanas epidemiológicas 27 a 34) en la zona de epidemia, en un contexto de crecimiento sostenido de la incidencia anual (+5,4 % entre 2018 y 2025) (figura 2), impulsado principalmente por neumococo, lo cual constituye una señal de alerta que exige verificación en terreno por parte de las entidades territoriales de salud.

Figura 2. Canal endémico de meningitis bacteriana aguda, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2026p

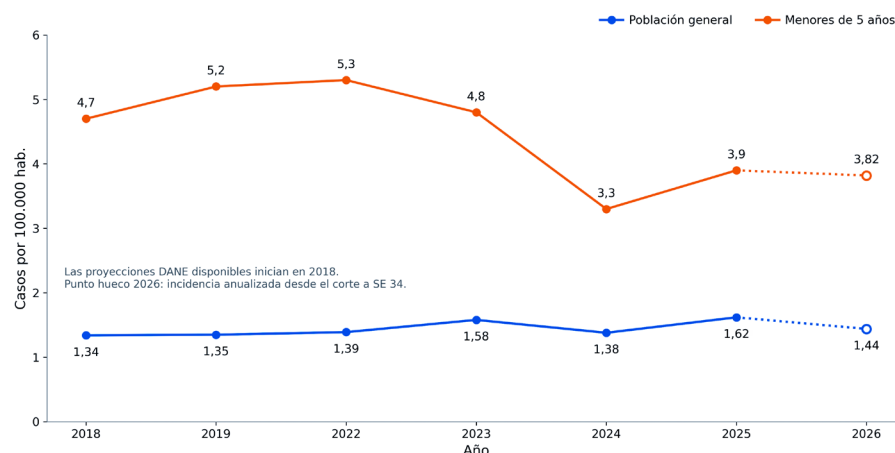


Fuente: Instituto Nacional de salud, Sivigila, evento 535, a semana epidemiológica 34 de 2026 (datos preliminares). p: datos preliminares.

La letalidad general alcanzó 16,0 % en 2026, con un incremento marcado en mayores de 60 años (23,9 %), mientras que solo el 42,0 % de los casos contó con confirmación por laboratorio, lo que evidencia una brecha diagnóstica que continúa abierta.

Al comparar la incidencia general con la incidencia en menores de cinco años entre 2018 y 2025, se observó que ambas presentaron tendencias en direcciones opuestas: la incidencia general pasó de 1,34 a 1,62 casos por 100 000 habitantes, mientras que la incidencia en menores de cinco años descendió de 4,67 a 3,92 por 100 000. Este comportamiento muestra que el incremento de la incidencia general no está explicado por el grupo de menores de cinco años y sugiere cambios en la distribución del evento hacia grupos de mayor edad (figura 3).

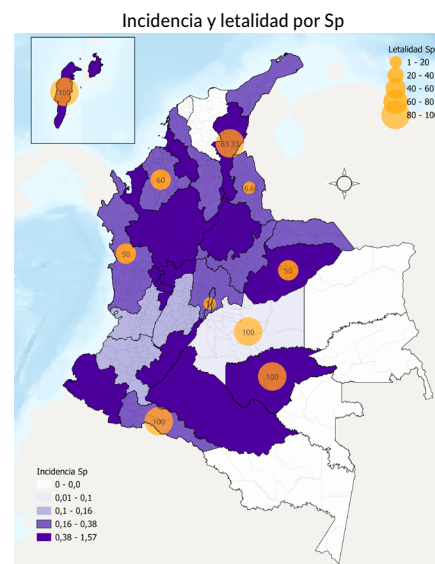
Figura 3. Incidencias por 100 000 habitantes de meningitis bacteriana aguda, en población general y menores de 5 años, Colombia, a semana epidemiológica 34, 2026p



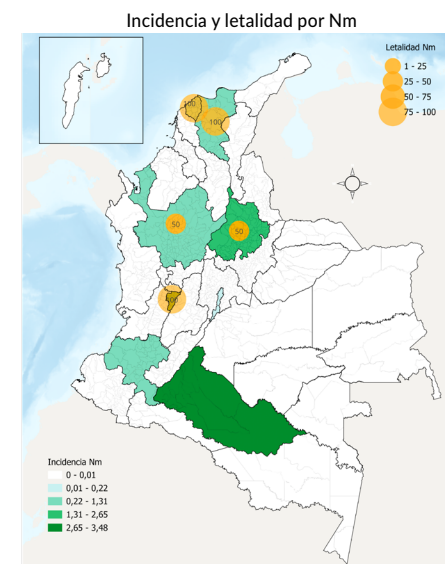
Fuente: Instituto Nacional de salud, Sivigila, evento 535, a semana epidemiológica 34 de 2026 (datos preliminares). Línea punteada: datos preliminares.

Al analizar la incidencia y la letalidad de la meningitis bacteriana aguda por agente etiológico y entidad territorial, se evidencia que *Streptococcus pneumoniae* mantiene la mayor distribución geográfica en la población general, con incidencias más elevadas en departamentos de la región Andina y del suroccidente del país. Asimismo, se observan territorios con letalidad de hasta el 100,0 %, entre ellos Caquetá, Nariño, Huila, Casanare, Antioquia, Bolívar y Sucre. En contraste, *Neisseria meningitidis* muestra una distribución más focalizada y concentra las incidencias más altas en la población menor de 5 años, destacándose Caquetá como la entidad territorial con la mayor incidencia, seguida de Santander, Cauca, Antioquia, Magdalena, Risaralda y Bogotá, D.C. Estos hallazgos reflejan diferencias en los patrones de distribución territorial y de carga de enfermedad según el agente etiológico y el grupo poblacional analizado (mapa 1 y 2).

Mapa 1. Incidencia y letalidad de la meningitis bacteriana causada por *Streptococcus pneumoniae* en población general, según entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2026



Mapa 2. Incidencia y letalidad de la meningitis bacteriana causada por *Neisseria meningitidis* en menores de 5 años, según entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 34 de 2026



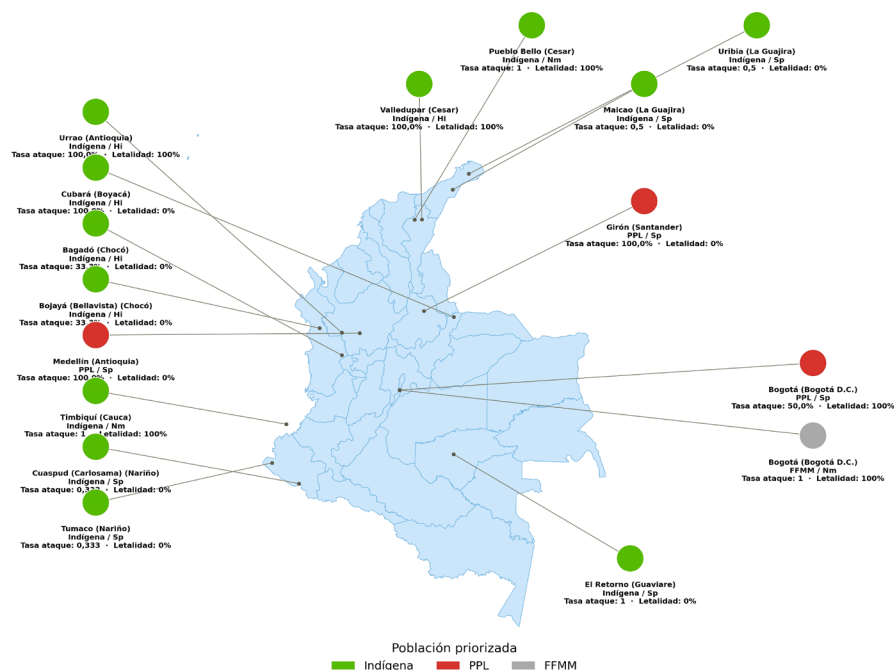
Fuente: Instituto Nacional de salud, Sivigila, evento 535, a semana epidemiológica 34 de 2026 (datos preliminares). p: datos preliminares.

Denominadores: proyecciones de población DANE.
Sp: *Streptococcus pneumoniae*, Nm: *Neisseria meningitidis*

Distribución territorial y poblaciones priorizadas

De los 16 casos notificados en 2026 en poblaciones priorizadas para brotes, la mayoría correspondió a población indígena (13 de 16), dispersos en municipios de Cesar, La Guajira, Antioquia, Boyacá, Chocó, Cauca, Nariño y Guaviare, varios de ellos con letalidad del 100,0 %. Los tres casos restantes se concentraron en Bogotá, D.C., Medellín y Girón, asociados a población privada de la libertad y a fuerzas militares (mapa 3).

Mapa 3. Brotes de meningitis bacteriana aguda, Colombia, a semana epidemiológica 34, 2026



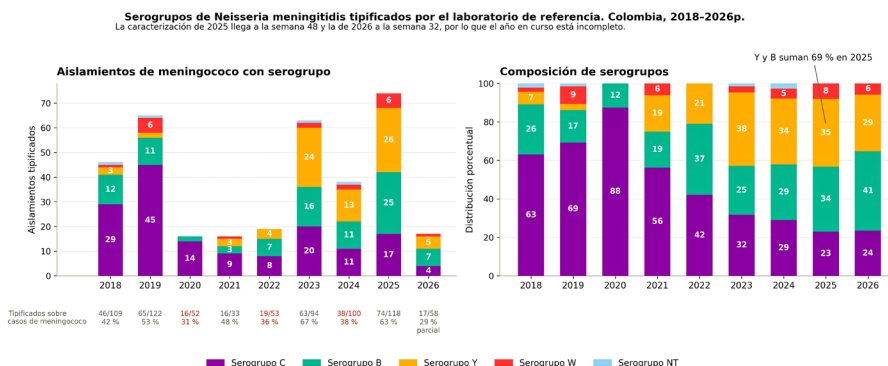
Fuente: Instituto Nacional de salud, Sivigila, evento 535, a semana epidemiológica 34 de 2026 (datos preliminares). p: datos preliminares.

Distribución de serogrupos y serotipos

Al caracterizar los aislamientos microbiológicos remitidos al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) entre 2018 y la semana epidemiológica 32 de 2026, se observó un cambio progresivo en los serogrupos circulantes de *Neisseria meningitidis*. Mientras que el serogrupo C predominó al inicio del período (63,0 % en 2018), su participación disminuyó de forma sostenida hasta alcanzar el 23,0 % en 2025. En contraste, los serogrupos B y Y aumentaron progresivamente, pasando de 26,0 % y 7,0 % en 2018 a 34,0 % y 35,0 % en 2025, respectivamente. Como resultado, ambos serogrupos concentraron el 69,0 % de los aislamientos tipificados en 2025, lo que evidencia un desplazamiento del serogrupo C como principal serogrupo circulante (figura 4).

El serogrupo W se mantuvo por debajo del 10,0 % durante todo el período. Actualmente la vacuna contra meningococo no hace parte del esquema regular del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Colombia. En consecuencia, la protección frente a estos serogrupos depende principalmente del acceso a vacunas disponibles en el ámbito privado. Las vacunas tetravalentes MenACWY (como Menactra® o Menveo®) ofrecen cobertura contra los serogrupos A, C, W y Y, mientras que la vacuna 4CMenB (Bexsero®) está dirigida específicamente contra el serogrupo B. Por lo tanto, el aumento relativo de los serogrupos B y Y adquiere especial relevancia epidemiológica, ya que los serogrupos predominantes en la circulación reciente no cuentan con una estrategia de vacunación universal dentro del esquema nacional, lo que resalta la importancia de mantener la vigilancia microbiológica y el monitoreo continuo de los serogrupos circulantes.

Figura 4. Distribución de serotipos y serogrupos de meningococo, Colombia, 2018-2026p

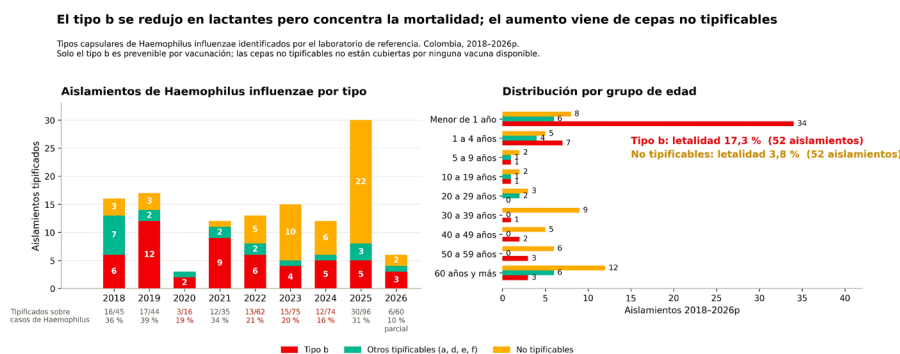


Fuente: Instituto Nacional de salud, Sivigila, evento 535, a semana epidemiológica 34 de 2026 (datos preliminares). p: datos preliminares. Laboratorio de referencia nacional

Nota: la caracterización de 2025 llega a la semana epidemiológica 48 y la de 2026 a la semana 32, por lo que el año en curso está incompleto.

Para *Haemophilus influenzae*, la vacuna disponible en el esquema nacional cubre únicamente el serotipo b. Aunque la circulación de este serotipo se redujo, aumentó la proporción de cepas no tipificables, para las cuales no existe actualmente una vacuna disponible (figura 5).

Figura 5. Distribución de serotipos y serogrupos de haemophilus influenzae, Colombia, 2018-2026p



Fuente: Instituto Nacional de salud, Sivigila, evento 535, a semana epidemiológica 34 de 2026 (datos preliminares). p: datos preliminares. Laboratorio de referencia nacional

Nota: la caracterización de 2025 llega a la semana 48 y la de 2026 a la semana 32, por lo que el año en curso está incompleto.

Conclusiones

- La mayor proporción de casos confirmados por *Haemophilus influenzae* tipo b se concentra en la población menor de 1 año, seguida del grupo de 1 a 4 años, lo que evidencia una mayor afectación en la primera infancia.
- El grupo de 60 años y más registra por *Streptococcus pneumoniae* (23,9 %), agente responsable del 46,0 % de los casos en este grupo etario, lo que destaca su relevancia como causa de enfermedad grave en adultos mayores.
- Los casos de enfermedad meningocócica se presentan en todos los grupos de edad; sin embargo, su frecuencia absoluta es mayor en la población de 20 a 59 años. Asimismo, los serogrupos B y Y de *Neisseria meningitidis* son los más frecuentes, desplazando al serogrupo C.
- Antioquia, Santander, Norte de Santander, Risaralda, Nariño, Cauca, Córdoba, Caldas, Cesar y Magdalena presentan aumento de la incidencia, lo que indica la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia y control en estos territorios.
- La mayor carga de meningitis bacteriana aguda por *Streptococcus pneumoniae* se concentra principalmente en departamentos de la región Andina y del suroccidente del país.

- Neisseria meningitidis* muestra una distribución más focalizada y concentra las incidencias más altas en la población menor de 5 años, destacándose Caquetá como la entidad territorial con la mayor incidencia, seguida de Santander, Cauca, Antioquia, Magdalena, Risaralda y Bogotá, D.C. Estos hallazgos reflejan diferencias en los patrones de distribución territorial y de carga de enfermedad según el agente etiológico y el grupo poblacional analizado (figuras 4 y 5).

Recomendaciones

- Equipos de vigilancia epidemiológica y laboratorio de salud pública de las entidades territoriales: articular la vigilancia epidemiológica y de laboratorio, asegurando el envío del 100,0 % de los aislamientos de *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae* para serotipificación.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):** garantizar la toma de líquido cefalorraquídeo o hemocultivo a todos los casos probables (según aplique), previa al inicio de antibioticoterapia cuando sea clínicamente posible.
- Entidades territoriales de salud:** priorizar la quimioprofilaxis de contactos estrechos de casos por *Neisseria meningitidis* y la verificación de esquemas de vacunación en los municipios con brotes activos.
- Tomadores de decisión del nivel nacional y territorial:** fortalecer la vigilancia diferencial en adultos mayores, población indígena, fuerzas militares y población privada de la libertad, dada su mayor letalidad, y evaluar la ampliación de la cobertura vacunal frente a los serogrupos y serotipos de mayor circulación actual.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. (2025). Protocolo de vigilancia en salud pública: Meningitis bacteriana aguda y enfermedad meningocócica. Bogotá, Colombia: INS. Centers for Disease Control and Prevention. Meningococcal Disease. En: CDC Yellow Book: Health Information for International Travel [Internet]. Atlanta: CDC; 2026 [citado 2026 sep 17]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/travel-associated-infections-diseases/meningococcal-disease.html>
2. World Health Organization. Defeating meningitis by 2030: a global road map [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021 [citado 2026 sep 17]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026407>
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases: Chapter 8. Meningococcal Disease. Disponible en: <https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-8-meningococcal-disease.html>

SITUACIÓN NACIONAL

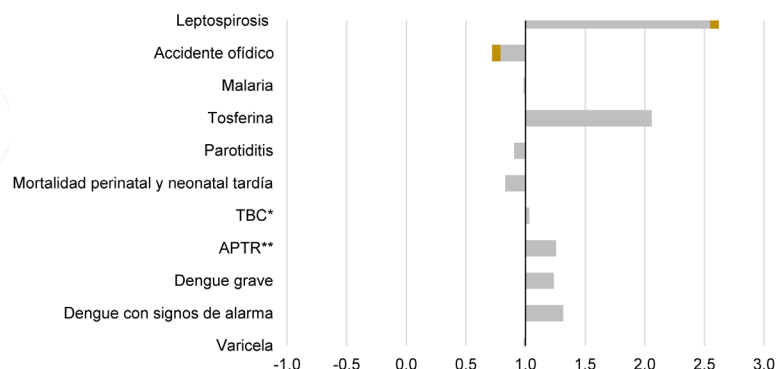
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 37 de 2026, el evento leptospirosis se encontró por encima de lo esperado y el evento accidente ofídico se encontró por debajo de lo esperado, mientras los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 6).

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 37 del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026
*TBC: tuberculosis
**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró dentro del comportamiento histórico de la notificación (tabla 1).

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 37 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	138.630	137.542	0,33	0,74

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

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 37 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	5	1	0,00
Leishmaniasis cutánea	2	85	0,00
Mortalidad por dengue	1	3	0,13
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,30
Lepra	3	7	0,06
Chikunguña	0	1	0,37
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0	0,67

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.

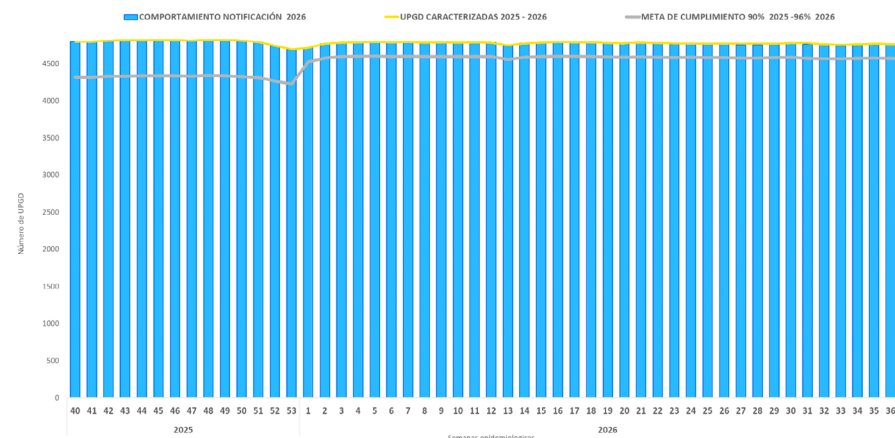
A partir de la semana 17 de 2023 la medición del cumplimiento en la notificación para las entidades territoriales se realiza con la verificación de la red de operadores que se encuentra en Sivigila 4.0.

Para esta semana epidemiológica, la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) 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 37 del 2025. Para esta semana, el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 123 de 1 123 UNM), manteniendo el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 37 de 2025. El país cumplió con la meta establecida para este nivel de información que es $\geq 98,0$ %. El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 100,0 % (4 761 / 4 761); observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la 37 de 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

A continuación, se presenta el comportamiento de la notificación por semana epidemiológica para 2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 571 UPGD en la semana analizada (figura 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 37 de 2026



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

Cumplimiento en la notificación de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

La vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en Colombia se sustenta en la notificación periódica y sistemática de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) al Sivigila, como insumo fundamental para la generación de información epidemiológica válida y oportuna, con seguimiento mensual y plazo máximo de reporte establecido el segundo lunes del mes siguiente al periodo evaluado. Esta vigilancia se centra en el monitoreo sistemático de eventos trazadores, incluyendo infecciones asociadas a dispositivos (IAD), infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ) y consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (CAB). El cumplimiento de la notificación se evalúa mediante el indicador de silencio epidemiológico, definido como la proporción de unidades que no reportan información en el periodo establecido, con una meta nacional de no superar el 10,0 %. Este indicador permite valorar la integridad, continuidad y oportunidad del flujo de datos, condicionando la sensibilidad del sistema para la detección de variaciones en el comportamiento de los eventos.

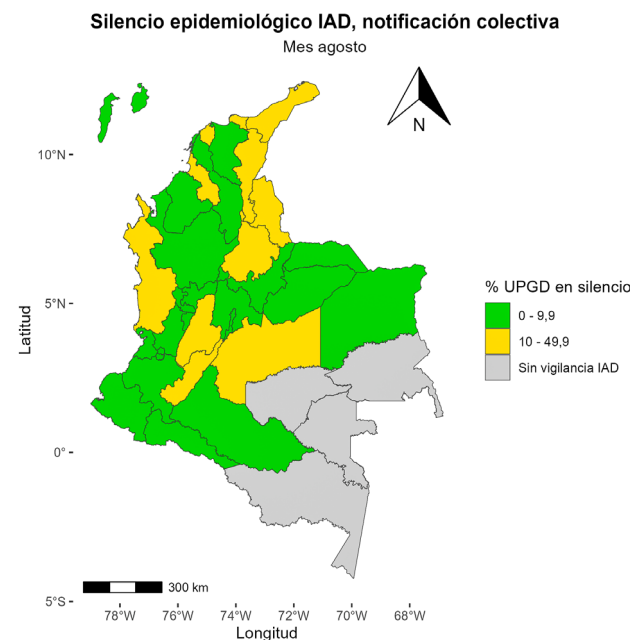
Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos

Durante agosto de 2026 se identificaron 447 UPGD activas en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) para la notificación de infecciones asociadas a dispositivos (IAD). De estas, 45 UPGD presentaron silencio epidemiológico, lo que correspondió a una proporción nacional de 10,1 %. Este resultado se ubicó por encima del valor de referencia establecido para el indicador (<10 %), evidenciando el no cumplimiento de la meta nacional durante el periodo analizado.

Al analizar el indicador por entidad territorial, las mayores proporciones de silencio epidemiológico se observaron en Santa Marta, con 57,1 % (8/14 UPGD), seguida de La Guajira, con 36,4 % (4/11); Santander, con 29,4 % (5/17); Magdalena, con 25,0 % (1/4); Tolima, con 21,1 % (4/19); Risaralda, con 18,2 % (2/11); Cesar, con 15,0 % (3/20); y Barranquilla, con 6,5 % (2/31). También se registraron proporciones superiores al 10,0 % en Nariño (12,5 %), Meta (12,5 %), Norte de Santander (11,1 %) y Atlántico (11,1 %). Por su parte, Chocó presentó 33,3 % (1/3) y Huila 10,0 % (1/10). Las demás entidades territoriales registraron proporciones inferiores al 10,0 % o no presentaron UPGD en silencio epidemiológico durante el periodo (mapa 4).

La variabilidad observada entre las entidades territoriales evidencia brechas en la continuidad de la notificación por parte de las UPGD, particularmente en aquellas con proporciones elevadas, por lo que se hace necesario fortalecer el seguimiento territorial, la identificación de UPGD en riesgo de silencio y las acciones de asistencia técnica y acompañamiento para garantizar la oportunidad y continuidad de la notificación en Sivigila.

Mapa 4. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos, Colombia, agosto, 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Información preliminar

Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos

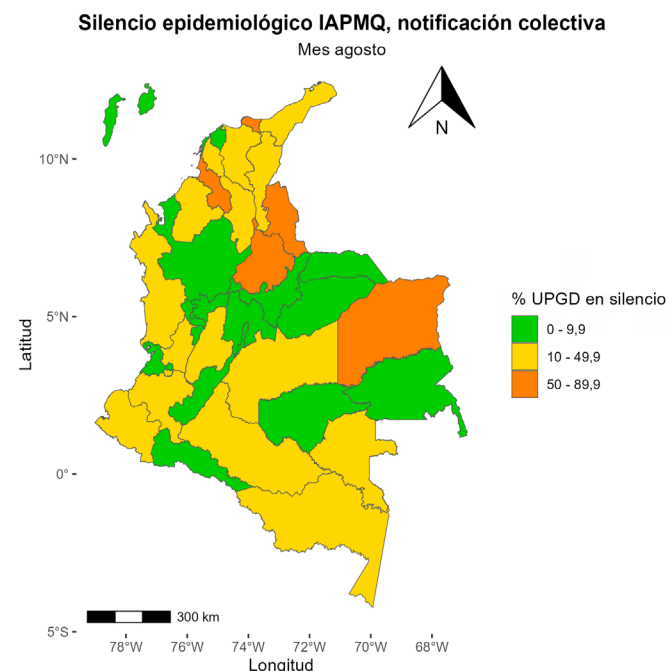
Para agosto de 2026, en el marco de la vigilancia de las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ) en el Sivigila, se encontraban activas 1 339 UPGD para la notificación de este evento. De estas, el 22,0 % (294) no registró notificación durante el periodo, configurando silencio epidemiológico y superando la meta nacional establecida (<10,0 %). En comparación con julio de 2026, cuando el indicador fue de 21,9 %, se observa un comportamiento

estable, con un incremento de apenas 0,1 puntos porcentuales. No obstante, el nivel de silencio epidemiológico continúa por encima de la meta nacional, lo que puede limitar la oportunidad y representatividad de la información disponible para el seguimiento y análisis del comportamiento del evento a nivel nacional.

A nivel territorial, Santa Marta presentó el mayor porcentaje de silencio epidemiológico, con 76,0 %, seguido de Vichada, Norte de Santander y Sucre, cuyos porcentajes se ubicaron por encima del 50,0 %. Este comportamiento evidencia brechas en la adherencia y continuidad de los procesos de notificación en estas entidades territoriales.

En contraste, Arauca, San Andrés, Bogotá, D.C., Boyacá, Buenaventura, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo y Quindío no presentaron silencio epidemiológico. En total, 18 entidades territoriales cumplieron la meta, lo que evidencia avances en el fortalecimiento de la vigilancia y en la gestión de la notificación (mapa 5). Sin embargo, el hecho de que el 54,0 % de las entidades territoriales aún se encuentren por encima de la meta nacional evidencia oportunidades de mejora en la consolidación y sostenibilidad de los procesos de vigilancia a nivel territorial.

Mapa 5. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos, Colombia, agosto del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Información preliminar

Estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer el seguimiento a las UPGD, así como las acciones de gestión y asistencia técnica territorial, con el propósito de mejorar la oportunidad, continuidad y cobertura de la notificación. Lo anterior permitirá disponer de información más completa, representativa y de calidad para el análisis y seguimiento del comportamiento de las IAPMQ a nivel nacional.

Cumplimiento de la notificación de consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

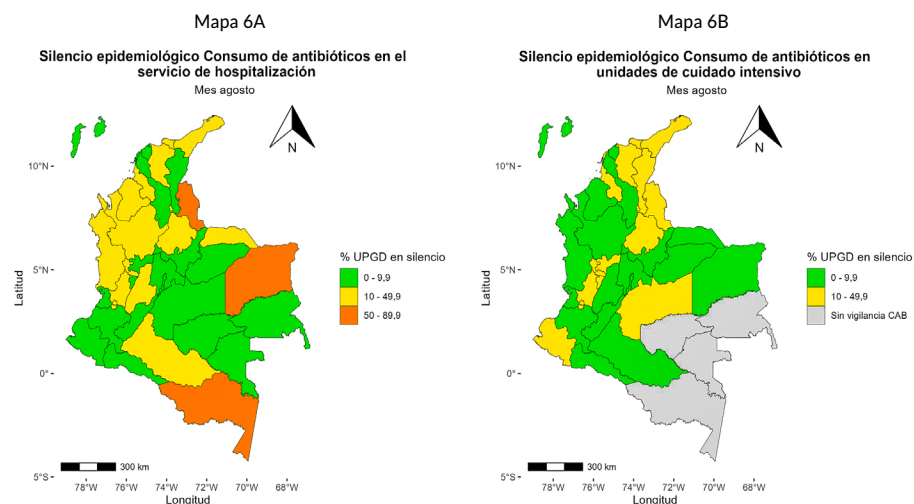
Durante agosto de 2026 la notificación del evento 354, Consumo de Antibióticos (CAB), en unidades de cuidado intensivos (UCI) adultos alcanzó un cumplimiento del 87,0 % (386/440 UPGD) y el 13,0 % de silencio epidemiológico, por encima de la meta nacional (<10,0 % de silencio). Se identifican territorios con incumplimiento: Sucre con el 35,7 %, Santander con 35,3 %, Santa Marta con

33,3 %, Risaralda con 27,3 %, Magdalena con 25,0 %, La Guajira con 20,0 %, Valle del Cauca con 20,0 %. El resto de las entidades territoriales se encuentran por encima del 80,0 % de cumplimiento de la notificación (mapa 6A).

Para hospitalización, el cumplimiento fue de 79,4 % (922/1117 UPGD), similar al observado en UCI adulto. Se destacan cuatro entidades con porcentaje $\geq 40,0$ % de silencio: Vichada reporta incumplimiento del 75,0 %, Norte de Santander con el 57,1 %, Amazonas con el 50 %, Santander con el 41,2 % y Córdoba con el 40,0 %. Diez entidades territoriales se encuentran con cumplimiento con el 100,0 % (mapa 6B).

Se evidenció un aumento en el cumplimiento en la notificación de UCI con el 38,2 % de entidades territoriales en 100,0 % y Hospitalización con el 26,3 % de las entidades territoriales en 100,0 % en el desempeño de la vigilancia, con concentración de silencios en entidades con menor capacidad operativa. Se insta a fortalecer el seguimiento a las UPGD, la asistencia técnica y el monitoreo de oportunidad y calidad del dato, en cumplimiento del protocolo nacional, para reducir el silencio epidemiológico.

Mapa 6. Cumplimiento de la notificación consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, Colombia, agosto del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Información preliminar



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 37 del 2026, se han notificado 460 muertes probables en menores de cinco años, ocho (8) casos de infección respiratoria aguda (IRA), cuatro (4) de desnutrición aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 447 casos notificados de residentes en Colombia, 277 fueron por IRA, 93 por desnutrición (DNT) aguda y 77 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 195 fueron confirmados, 84 descartados y 168 se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 37 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 37 2026			Casos en estudio a SE 37 2026			Tasa a SE 37 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	51	107	37	33	107	28	1,40	2,94	1,02
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	5	10	1	3	11	3	1,20	2,39	0,24
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	1	5	1	0	1	0	1,24	6,18	1,24
Bogotá, D.C.	0	11	0	1	13	1	0,00	2,59	0,00
Bolívar	2	6	0	1	4	1	1,83	5,49	0,00
Boyacá	0	3	0	0	0	0	0,00	3,60	0,00
Buenaventura	0	0	0	2	2	3	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	1	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	4	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	0	1	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	2	1	2	1	1	0,00	1,64	0,82
Cesar	6	7	2	3	3	1	4,47	5,22	1,49
Chocó	13	13	8	6	17	3	20,09	20,09	12,36
Córdoba	1	8	0	0	3	1	0,59	4,73	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	4	0	0,00	0,88	0,00
Huila	0	2	1	0	0	0	0,00	1,89	0,95
La Guajira	13	7	7	8	14	7	11,65	6,27	6,27
Magdalena	1	2	3	2	4	1	1,11	2,23	3,34
Meta	2	5	0	0	3	1	2,35	5,87	0,00
Nariño	0	4	2	0	2	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	1	10	0	0,00	3,39	3,39
Santa Marta	1	0	1	0	1	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	2	1	0	0	0	0,00	1,33	0,66
Sucre	0	1	1	0	0	0	0,00	1,15	1,15
Tolima	0	2	1	1	2	1	0,00	2,19	1,09
Valle del Cauca	0	2	0	1	2	2	0,00	1,55	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	5	0	1	1	2	1	29,43	0,00	5,89

Fuente: Sivigila, 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 37 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 37 del 2026 se han notificado 277 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 62 confirmadas por laboratorio, 45 confirmadas por clínica, 63 descartadas, y 107 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,94 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 37 fueron 222, para una tasa de mortalidad de 6,02 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 37 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Arauca, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Chocó, La Guajira, Risaralda y Sucre y, a nivel municipal, en Dabeiba, Valledupar, Riosucio, San Andrés de Tumaco y Pereira. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 37 de 2026 son Rhinovirus, *Bordetella pertussis* y enterovirus entre otros (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 37, 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	12	2	7	1	0	22	12	4	2	2	2	22
Bordetella pertussis	10	0	0	0	0	10	14	1	0	0	0	15
Enterovirus	11	1	4	1	0	17	6	3	1	2	2	14
Adenovirus	7	0	2	1	1	11	2	3	1	3	1	10
Staphylococcus aureus	8	1	1	0	0	10	8	1	1	0	0	10
Streptococcus pneumoniae	5	2	2	1	0	10	4	2	1	1	2	10
Haemophilus influenzae B	7	4	0	1	0	12	4	2	0	1	1	8
Virus Sincitial Respiratorio	13	2	3	0	0	18	8	0	0	0	0	8
Metapneumovirus	2	0	0	0	0	2	2	1	2	0	0	5
Moraxella catarrhalis	4	3	1	0	0	8	2	1	0	0	1	4
Pseudomonas aeruginosa	1	0	0	0	0	1	3	0	0	0	1	4
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
Influenza A	6	0	2	1	0	9	0	0	0	0	1	1
Klebsiella pneumoniae	2	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	5	1	0	1	0	7	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
Mycoplasma pneumoniae	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	99	20	23	7	1	150	68	18	9	10	11	116

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 37 de 2026 se han notificado 93 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 51 confirmadas, nueve (9) descartadas y 33 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,40 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 37 fue de 132, para una tasa de mortalidad de 3,58 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 37 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, Córdoba, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta,

Norte de Santander y Risaralda, y a nivel municipal en Quibdó, Bagadó, Medio Baudó, Riohacha y Maicao. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 37 de 2026 se han notificado 77 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 35 confirmadas por clínica, dos (2) confirmadas por laboratorio, 12 descartadas y 28 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,02 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 37 fue de 58 para una tasa de mortalidad de 1,57 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 37 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de Chocó, La Guajira, Magdalena, Buenaventura y Risaralda, y a nivel municipal, en Bagadó, Bojayá 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 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 período 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 37 de 2026 se notificó a Sivigila una muerte materna temprana. El país acumula 103 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 98 residen en territorio colombiano y cinco (5) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 37, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	181	113	59	353
2024	144	99	35	278
2025	130	109	40	279
2026p	98	81	38	217

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 28 entidades territoriales, con mayor número de casos en Antioquia, Bogotá, D.C., La Guajira, Chocó y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional en Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Córdoba, Norte de Santander y Santander; sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Villapinzón (Cundinamarca), Melgar (Tolima) y Rioblanco (Tolima) en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 37 de 2026, el 59,2 % corresponde a causas directas y el 28,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,4 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 37 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 37	Acumulado de casos a SE 37	
		2025	2026
Colombia	161	130	98
Antioquia	14	13	12
Bogotá, D.C.	13	13	11
La Guajira	15	13	10
Chocó	9	5	6
Cundinamarca	7	5	6
Magdalena	6	4	5
Tolima	4	3	5
Cartagena de Indias	4	1	4
Cauca	6	1	4
Cesar	8	11	4
Nariño	8	6	4
Caquetá	2	1	3
Risaralda	3	3	3
Sucre	3	1	3
Boyacá	3	2	2
Casanare	1	3	2
Huila	3	2	2
Quindío	1	1	2
Atlántico	6	5	1
Bolívar	6	5	1
Buenaventura	2	1	1
Santiago de Cali	4	4	1
Córdoba	6	4	1
Meta	3	1	1
Putumayo	1	0	1
Santa Marta	3	2	1
Valle del Cauca	2	2	1
Vichada	2	1	1
Arauca	1	0	0
Barranquilla	4	4	0
Caldas	1	0	0
Guainía	1	2	0
Norte de Santander	6	7	0
Santander	4	4	0

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

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 37 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 37	Valor observado SE 37
Colombia	161	98
Villapinzón (Cundinamarca)	0	1*
Melgar (Tolima)	0	1*
Rioblanco (Tolima)	0	1*

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

SE: Semana Epidemiológica.

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

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 37 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 37	Número de casos y proporción a SE 37 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	137	144	100	130	100	98	100
DIRECTA	87	94	65,3	79	60,8	58	59,2
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	30	31	21,5	28	21,5	19	19,4
Hemorragia obstétrica	27	30	20,8	23	17,7	12	12,2
Evento tromboembólico como causa básica	7	7	4,9	7	5,4	8	8,2
Sepsis obstétrica	7	7	4,9	7	5,4	7	7,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	2,8	6	4,6	5	5,1
Embarazo ectópico	7	7	4,9	6	4,6	3	3,1
Embolia de líquido amniótico	2	4	2,8	0	0,0	1	1,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	2,1	2	1,5	1	1,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Otras causas directas	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	49	48	33,3	49	37,7	28	28,6
Otras causas indirectas	18	19	13,2	16	12,3	16	16,3
Otras causas indirectas: neumonía	10	5	3,5	15	11,5	5	5,1
Sepsis no obstétrica	8	7	4,9	8	6,2	3	3,1
Otras causas indirectas: cáncer	7	8	5,6	5	3,8	3	3,1
Otras causas indirectas: dengue	2	4	2,8	0	0,0	1	1,0
Otras causas indirectas: malaria	2	0	0,0	3	2,3	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	3	2,1	2	1,5	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por COVID19	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	0,8	0	0,0
En estudio	2	2	1,4	1	0,8	12	12,2

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

SE: Semana Epidemiológica.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 37 del 2026 se han notificado 4 398 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 351 corresponden a residentes en Colombia y 47 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia, Bogotá, D.C., Cundinamarca, La Guajira y Santiago de Cali. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 37 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Putumayo (tabla 9)

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento y por seis semanas consecutivas o más, en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Dosquebradas (Risaralda), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), Alto Baudó (Chocó), La Estrella (Antioquia), Puerto López (Meta), Guamo (Tolima), El Litoral del San Juan (Chocó), Isnos (Huila), Roberto Payán (Nariño), Peñol (Antioquia), Giraldo (Antioquia), Cicuco (Bolívar), Paipa (Boyacá), Bahía Solano (Chocó), Tolú Viejo (Sucre), La Unión (Sucre), Tesalia (Huila), La Tola (Nariño), Paz de Río (Boyacá), Marulanda (Caldas), Juradó (Chocó), Jerusalén (Cundinamarca) y Salento (Quindío) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,7 %, seguido de neonatales tempranas con 27,7 %, neonatales tardías con 18,3 %, y las fetales intraparto con 11,4 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 24,8 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,2 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 14,2 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 37 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 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 37 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 37	Acumulado de casos a SE 37	
		2025	2026
Colombia	5 308	3 985	4 351
Antioquia	599	476	550
Bogotá, D.C.	565	464	535
Cundinamarca	287	258	261
La Guajira	283	185	208
Santiago de Cali	212	187	187
Córdoba	272	176	186
Cesar	189	149	159
Bolívar	158	112	149
Barranquilla	195	127	138
Cauca	175	121	138
Valle del Cauca	147	119	125
Norte de Santander	161	112	120
Santander	160	109	119
Nariño	142	138	117
Huila	125	87	116
Cartagena de Indias	167	110	112
Chocó	127	74	107
Sucre	130	76	102
Meta	127	117	99
Atlántico	163	92	91
Magdalena	131	101	88
Boyacá	98	79	83
Tolima	110	72	76
Risaralda	73	53	75
Santa Marta	67	46	65
Caldas	69	58	58
Buenaventura	57	52	41
Quindío	42	32	40
Arauca	45	22	38
Caquetá	45	31	35
Casanare	55	46	35
Vichada	27	24	28
Putumayo	43	28	24
Guainía	14	11	16
Amazonas	13	14	12
Guaviare	11	10	7
Vaupés	10	8	6
San Andrés y Providencia	9	9	5

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

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 37 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 37 2021 - 2025	Valor observado a SE 37 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	5 308	4 351	-
Manaure (La Guajira)	25	37	20
Cumaribo (Vichada)	17	24	19
Dosquebradas (Risaralda)	15	21	28
Tunja (Boyacá)	12	20	34
Granada (Meta)	8	15	32
Alto Baudó (Chocó)	4	11	24
La Estrella (Antioquia)	4	10	22
Puerto López (Meta)	3	7	11
Guamo (Tolima)	2	7	13
El Litoral del San Juan (Chocó)	2	6	8
Isnos (Huila)	3	6	17
Roberto Payán (Nariño)	2	6	15
Peñol (Antioquia)	2	5	20
Giraldo (Antioquia)	1	5	13
Cicuco (Bolívar)	2	5	13
Paipa (Boyacá)	2	5	20
Bahía Solano (Chocó)	1	5	25
Tolú Viejo (Sucre)	2	5	17
La Unión (Sucre)	1	4	6
Tesalia (Huila)	0	3	21
La Tola (Nariño)	1	3	15
Paz de Río (Boyacá)	0	2	12
Marulanda (Caldas)	0	2	22
Juradó (Chocó)	0	2	6
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	14
Salento (Quindío)	0	2	25

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 37, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 37, 2024 -2026					
	2024 a SE 37	(%)	2025 a SE 37	(%)	2026 a SE 37	(%)
Colombia	4312	100,0	3985	100,0	4351	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1131	26,2	1106	27,8	1112	25,6
Prematuridad-inmadurez	714	16,6	686	17,2	770	17,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	646	15,0	612	15,4	629	14,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	483	11,2	421	10,6	402	9,2
Infecciones	383	8,9	354	8,9	360	8,3
Malformación congénita	397	9,2	333	8,4	337	7,7
Otras causas de muerte	286	6,6	248	6,2	266	6,1
Sin información	0	0,0	0	0,0	186	4,3
Causas no específicas	107	2,5	66	1,7	149	3,4
Trastornos cardiovasculares	123	2,9	118	3,0	93	2,1
Convulsiones y trastornos neurológicos	21	0,5	19	0,5	29	0,7
Lesión de causa externa	21	0,5	22	0,6	18	0,4

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 37 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/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_IRA%202024.pdf

En el último periodo (semanas epidemiológicas 34 a 37 de 2026), a nivel nacional, se observó un aumento porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en UCI/UCIM y una disminución en hospitalización en sala general frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 30 a 33 de 2026), sin superar el umbral definido para variaciones relevantes ($\pm 30,0\%$) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 30 a 33 de 2026 y 34 a 37 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 30 a 33 de 2026	SE 34 a 37 de 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	441 525	480 646	● 8,86%	↗
Hospitalización en sala general	19 777	19 321	● -2,31%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 360	2 612	● 10,68%	↗

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2026
SE: semana epidemiológica
UCI: unidad de cuidados intensivos, UCIM: unidad de cuidados intermedios

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 37 del 2026 se notificaron 123 964 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en La Guajira, mientras que Caldas, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Guainía, Huila, Nariño, Quindío, Risaralda, San Andrés y Valle del Cauca presentaron disminución. Las 24 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en municipios con más de 100 000 habitantes, se observó un incremento en seis municipios (tabla 15).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios con más de 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 37 del 2026

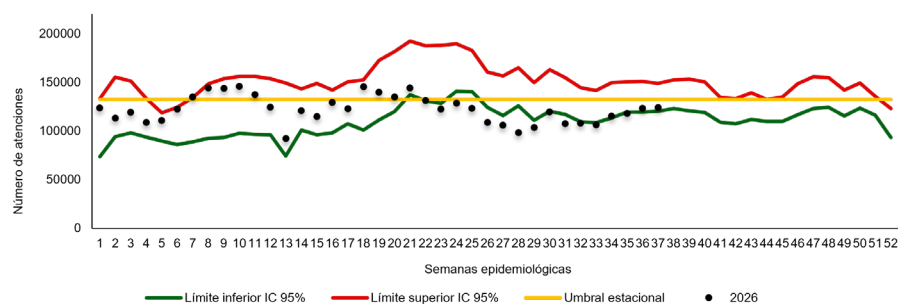
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	68 021	65 047	7 542	11 197
La Guajira	Maicao	48 257	59 906	3 618	7 973
Cundinamarca	Soacha	61 200	47 993	5 552	5 687
La Guajira	Uribe	35 802	39 353	3 199	5 050
Antioquia	Itagüí	62 661	52 846	5 609	4 739
Cundinamarca	Chía	43 182	34 122	4 432	4 499
Antioquia	Bello	45 825	47 568	4 778	3 804
Antioquia	Rionegro	26 931	34 371	2 270	2 578
Cundinamarca	Zipaquirá	17 479	16 167	1 841	2 108
Magdalena	Ciénaga	17 311	14 675	1 839	2 034
Santander	Floridablanca	20 849	18 944	1 858	1 928
Antioquia	Apartadó	13 375	14 539	1 256	1 612
Santander	Barrancabermeja	23 530	19 902	1 435	1 598
Boyacá	Duitama	16 429	13 060	2 053	1 452
Antioquia	Envigado	19 563	18 605	1 844	1 437
Córdoba	Cereté	14 024	14 977	975	1 322
Cundinamarca	Girardot	15 777	11 113	1 431	1 224
Risaralda	Dosquebradas	22 094	17 167	2 009	1 163
Boyacá	Sogamoso	15 448	12 219	1 630	1 150
Valle del Cauca	Palмира	20 362	15 636	1 947	1 098
Córdoba	Lorica	11 664	12 057	1 360	1 089
Bolívar	Magangué	16 855	13 479	1 504	1 078
Casanare	Yopal	11 454	9 419	1 305	993
Cundinamarca	Facatativá	13 343	9 762	1 659	946
Cundinamarca	Funza	11 856	10 966	882	935
Norte de Santander	Ocaña	13 170	9 986	1 030	922
Antioquia	Turbo	11 290	10 467	1 100	902
Huila	Pitalito	10 064	7 016	1 014	897
Valle del Cauca	Buenaventura	5 215	7 523	824	822
Cundinamarca	Madrid	10 793	11 524	1 273	812
Cesar	Aguachica	9 041	8 151	962	775
Córdoba	Sahagún	18 559	6 799	2 111	744
Valle del Cauca	Cartago	12 929	9 091	1 177	719
Valle del Cauca	Tuluá	9 792	8 624	865	653
Atlántico	Malambo	5 472	5 266	498	628
Santander	Piedecuesta	7 946	6 942	468	612
Cauca	Santander De Quilichao	8 632	6 354	943	608
Cundinamarca	Mosquera	5 769	4 563	429	581
Valle del Cauca	Yumbo	10 854	8 343	978	493
Santander	Girón	6 456	5 592	380	454
Cauca	Guapi	3 626	2 683	232	269
Norte de Santander	Villa del Rosario	4 933	4 248	416	255
Nariño	La Florida	551	465	34	32

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (34 a 37 del 2026), por grupos de edad el de 20 a 39 años representó el 25,4 % (122 300) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 21,0 % (101 341). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en los niños de 1 año con el 10,9 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 10,8 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11 con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguida de un nuevo incremento entre las semanas epidemiológicas 18 y 21, manteniéndose dentro de los límites esperados. Desde la semana epidemiológica 22 se observó una tendencia descendente en las atenciones, con valores que se mantuvieron cercanos al límite inferior hasta la semana 37, alternando entre semanas por debajo y por encima de dicho límite (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 37 de 2026



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

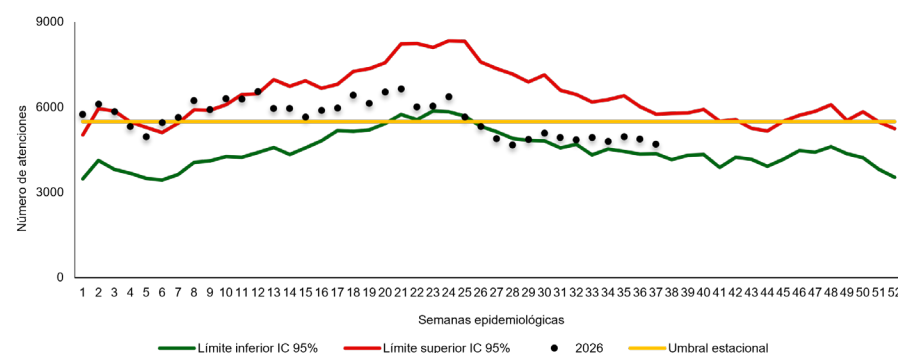
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 37 del 2026 se notificaron 4 699 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Amazonas, Atlántico, Buenaventura, Caldas, Casanare, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Quindío, Risaralda, San Andrés, Sucre y Valle del Cauca; así mismo, se observó aumento en Arauca, Barranquilla, Cartagena de Indias, Guaviare, Magdalena, Nariño y Putumayo. En las 17 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (34 a 37 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 112) representaron el 26,4 %, seguidos de los menores de 2 a 4 años con el 14,8 % (2 872). 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 21,1 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 19,4 %.

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 entre las semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2026. Entre las semanas epidemiológicas 13 a 24, se observó una disminución ubicándose por encima del umbral estacional. Posteriormente, se observó una disminución sostenida de las hospitalizaciones, situándose por debajo dicho umbral entre las semanas 25 a 37 (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 37 de 2026

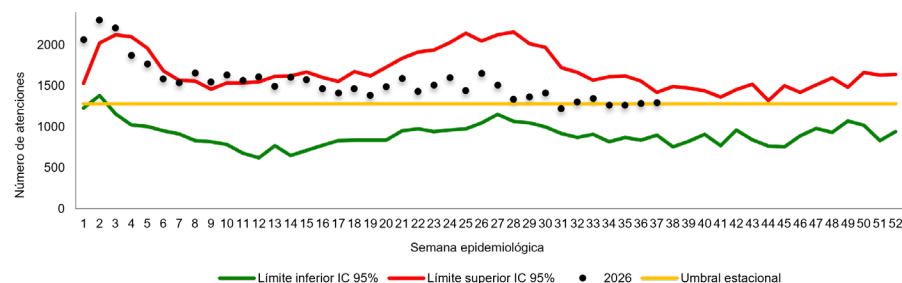


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 37 del 2026, se notificaron 1 296 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, presentaron un descenso entre las semanas epidemiológicas 13 y 37 de 2026, ubicándose dentro de lo esperado (figura 10).

Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 37 de 2026



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

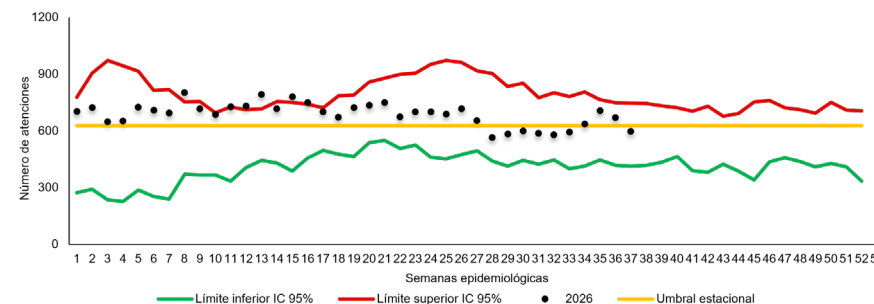
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 37 del 2026 se notificaron 598 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Chocó, Guaviare, Magdalena y San Andrés. Se registró disminución en Antioquia, Bolívar, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Meta, Risaralda, Sucre y Valle de Cauca. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (34 a 37 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 36,7 % (959), seguido de los menores de 1 año con el 21,4 % (560) 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 19,8 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 17,8 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 27 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, con un descenso progresivo entre las semanas 28 a 37 (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 37 de 2026

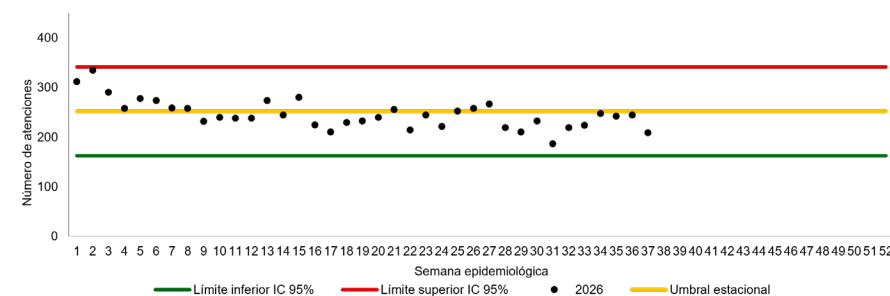


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 37 del 2026, se notificaron 209 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control 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 37 se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 37 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 hospitalización en sala general y positiva en consulta externa, urgencias, hospitalización en UCI/UCIM con 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.

De acuerdo con el El Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), durante septiembre las condiciones climáticas del país estarán moduladas por el desarrollo del fenómeno El Niño, que ya se considera plenamente establecido y en fortalecimiento, junto con la variabilidad intraestacional asociada a la oscilación Madden-Julian y al tránsito de las ondas del Este. Para el periodo septiembre a noviembre de 2026 predominaría una señal deficitaria de precipitaciones en las regiones Caribe y Andina, con déficits también en sectores de la región Pacífica. En la Orinoquía y la Amazonía se prevén condiciones más variables, y en la región Insular las lluvias se mantendrían dentro de los valores climatológicos. No se descartan lluvias intensas de muy corta duración. Las predicciones indican una probabilidad del 75,0 % de un evento El Niño muy fuerte desde septiembre, que alcanzaría el 95,0 % en noviembre, y se espera que la temperatura permanezca por encima de lo habitual durante todo el periodo. Por lo que la disminución de las precipitaciones, el aumento de la temperatura, la persistencia de incendios y las temperaturas más bajas durante la noche y la madrugada podrían favorecer la suspensión y concentración de material particulado en el aire y la circulación de agentes respiratorios. Esto incrementa el riesgo de infecciones respiratorias agudas (IRA), especialmente en poblaciones vulnerables¹.

Adicionalmente, en el contexto de la emergencia generada por el terremoto ocurrido recientemente, las condiciones de hacinamiento temporal en albergues, la interrupción de servicios básicos, los desplazamientos poblacionales y las dificultades en el acceso oportuno a los servicios de salud podrían favorecer la transmisión de agentes respiratorios y aumentar la susceptibilidad de la población afectada a presentar IRA. Este riesgo puede ser mayor en grupos vulnerables como niños, personas mayores, gestantes y personas con enfermedades crónicas.

En este contexto, la interacción entre las condiciones climáticas asociadas al fenómeno El Niño, caracterizadas por la disminución de las precipitaciones y el aumento de la temperatura, la emergencia derivada del terremoto y la circulación estacional de virus respiratorios podría favorecer un incremento de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA)

Considerando el contexto de la emergencia por terremoto en las entidades territoriales afectadas, las condiciones climáticas previstas, la estacionalidad del evento y el comportamiento epidemiológico esperado de las infecciones respiratorias agudas, se recomienda a las entidades territoriales:

- Fortalecer las acciones de prevención y control de infecciones respiratorias en albergues temporales, centros de evacuación y otros espacios de alojamiento colectivo, promoviendo la ventilación adecuada de los espacios, la identificación temprana y separación de personas con síntomas respiratorios, la disponibilidad de puntos para higiene de manos y la adopción de medidas de protección individual según el nivel de riesgo.
- Garantizar el acceso oportuno a servicios de salud y medicamentos esenciales para la atención de enfermedades respiratorias, especialmente en las poblaciones afectadas por la emergencia.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria en las zonas afectadas por el terremoto, con el fin de identificar oportunamente incrementos inusuales de síntomas respiratorios, conglomerados o brotes, y facilitar la implementación de medidas de control de manera temprana.
- Priorizar la protección de grupos vulnerables en los albergues y comunidades afectadas, incluyendo menores de cinco años, personas mayores, gestantes, personas con enfermedades crónicas, inmunosuprimidos y personas con discapacidad, garantizando condiciones adecuadas de alojamiento, acceso a agua potable y atención en salud.
- Coordinar acciones intersectoriales con los organismos de gestión del riesgo, autoridades locales y entidades del sector salud para reducir las condiciones que favorecen la transmisión de infecciones respiratorias, incluyendo el control del hacinamiento, la mejora de las condiciones de saneamiento básico y la adecuada gestión de espacios temporales de alojamiento.
- Mantener la disponibilidad de insumos para la prevención y control de infecciones respiratorias, tales como tapabocas, soluciones para higiene de manos y elementos de limpieza y desinfección, especialmente en las áreas con mayor afectación por la emergencia.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se mantiene en descenso. La influenza B predomina en varios países, particularmente en el Cono Sur, mientras que en Centroamérica y la región Andina la influenza A(H3N2) continúa predominando. Respecto a virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en las subregiones Centroamérica y Brasil y cono Sur. Paraguay y Uruguay presentan positivities particularmente elevadas para este patógeno. Con relación a

[1] Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Boletín de clima y salud. Edición No. 9. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2026 sep.

SARS-CoV-2 se mantiene estable y en niveles bajos en la mayoría de las subregiones, excepto en algunos países del Caribe y Centroamérica, particularmente en Belice, Barbados, Islas Caimán, México y Nicaragua. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 37, 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 decremento en la positividad general. Los patógenos que presentaron significancia estadística para el periodo analizado fueron al incremento VSR y al decremento, se observó rinovirus, 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 14). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 30 a 37 de 2026

Agente viral identificado	SE 30 a 33 de 2026			SE 34 a 37 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	57,3	55,4	61,3	54,6	57,7	55,2	↘
Rinovirus	27,3	28,6	30,6	18,4	18,0	18,9	↘
Virus sincitial respiratorio	35,4	35,1	32,7	45,9	45,3	48,6	↗
Enterovirus	0,7	1,3	-	0,4	-	-	
Adenovirus	4,7	3,9	4,1	3,7	3,6	-	
Influenza B	3,7	3,9	2,0	3,3	2,9	8,1	
Influenza A	6,1	6,5	2,0	9,4	8,6	5,4	
Parainfluenza	8,1	8,4	12,2	7,0	8,6	-	
Metapneumovirus	2,4	3,2	2,0	1,6	2,9	-	
A(H1N1)pdm09	2,4	1,9	4,1	0,8	-	2,7	
SARS-CoV-2	2,4	1,9	2,0	2,0	2,9	-	
A(H3N2)	5,1	3,9	4,1	5,3	4,3	13,5	
Coronavirus	2,0	1,3	4,1	2,0	2,9	2,7	

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

COVID-19

Situación de COVID-19 en Colombia hasta la semana epidemiológica 37 de 2026

Metodología

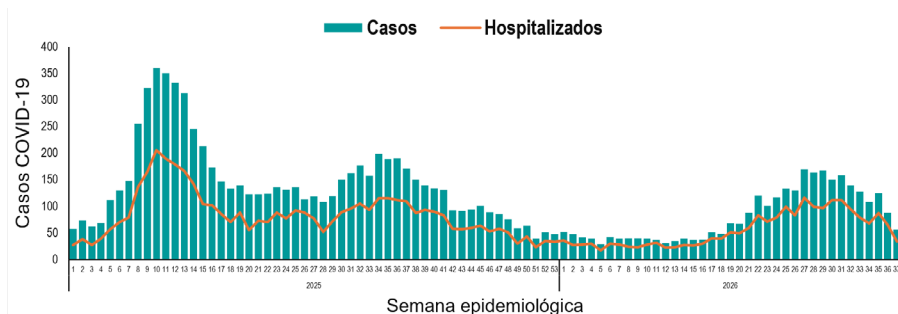
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 37 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 (semanas epidemiológicas 01 a 37), con corte al 19 de septiembre y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 3 046 casos de COVID-19, de los cuales 3 042 son procedentes de Colombia y cuatro (4) casos procedentes del exterior. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (34 a 37) se registraron 382 casos de procedencia Colombia, lo que representa una disminución del 34,1 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 30 a 33), en el que se reportaron 580 casos. Respecto a la hospitalización, se notificaron 254 casos hospitalizados, una disminución del 36,0 % frente a los 397 registrados en el periodo anterior. En el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 34 a 37), se notificaron 754 casos, por lo que en 2026 se observa una disminución del 49,3 % respecto al año anterior (figura 13).

Figura 13. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 37 de 2026



Fuente: Sivigila, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 37 de 2026

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 34 a 37 de 2026) se registró una incidencia de 0,7 casos por cada 100 000 habitantes (382 casos confirmados de procedencia Colombia), con afectación en 28 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 94 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 30 a 33 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en El Tambo (Cauca), Chía (Cundinamarca) y Armenia (Quindío).

En todos los grupos de edad se presentaron reducciones en la notificación de casos. Las disminuciones más importantes se registraron en el grupo de 50 a 59 años (-54,3 %), seguido de 30 a 39 años (-42,5 %), 1 año (-40,6 %), 60 a 69 años (-37,9 %), menor de un año (-36,5 %), 80 a 89 años (-34,8 %), 90 a 99 años (-33,3 %), 20 a 29 años (-31,8 %), 2 a 4 años (-30,4 %), 70 a 79 años (-30,3 %), 10 a 19 años (-27,8 %), 40 a 49 años (-14,3 %) y 5 a 9 años (-2,9 %). Por su parte, el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos periodos analizados, por lo que no fue posible calcular la variación porcentual (tabla 15).

Tabla 15. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (30 a 37) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 30 a 33 2026	SE 34 a 37 2026		
Menor de un año	181	115	-36,5	
1 año	64	38	-40,6	
2 a 4 años	56	39	-30,4	
5 a 9 años	35	34	-2,9	
10 a 19 años	36	26	-27,8	
20 a 29 años	22	15	-31,8	
30 a 39 años	40	23	-42,5	
40 a 49 años	14	12	-14,3	
50 a 59 años	35	16	-54,3	
60 a 69 años	29	18	-37,9	
70 a 79 años	33	23	-30,3	
80 a 89 años	23	15	-34,8	
90 a 99 años	12	8	-33,3	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	580	382	-34,1	

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: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, semanas epidemiológicas 30 a 37 de 2026
PE: periodo epidemiológico SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia 29 fallecimientos asociados a COVID-19. De estos, nueve (9) se registraron en Bogotá D. C.; cinco (5) en el departamento de Arauca, de los cuales cuatro (4) ocurrieron en el municipio de Arauca y uno (1) en Saravena; y dos (2) en Santiago de Cali (Valle del Cauca). Los 13 fallecimientos restantes se notificaron de manera individual en los municipios de Peñol y Rionegro (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), Montenegro y Armenia (Quindío), Campoalegre (Huila), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena), Pore (Casanare) y La Calera (Cundinamarca).

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 37 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 37 del 2026 se notificaron 2 687 casos de dengue: 2 076 casos de esta semana y 611 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 81 418 casos, 49 161 (60,4 %) sin signos de alarma, 31 442 (38,6 %) con signos de alarma y 815 (1,0 %) de dengue grave.

El 67,1 % (54 604) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Bolívar, Cesar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, Casanare, La Guajira, Antioquia y Atlántico (tabla 16). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 33 a 36 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Atlántico, Magdalena, Antioquia, Tolima, Sucre y Valle del Cauca concentran el 67,0 % (6 895 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 33 a 36 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 29 a 32 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Antioquia, Buenaventura, Cartagena de Indias, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, Putumayo, Quindío, Risaralda, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en las entidades territoriales de Casanare, La Guajira y Vaupés mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

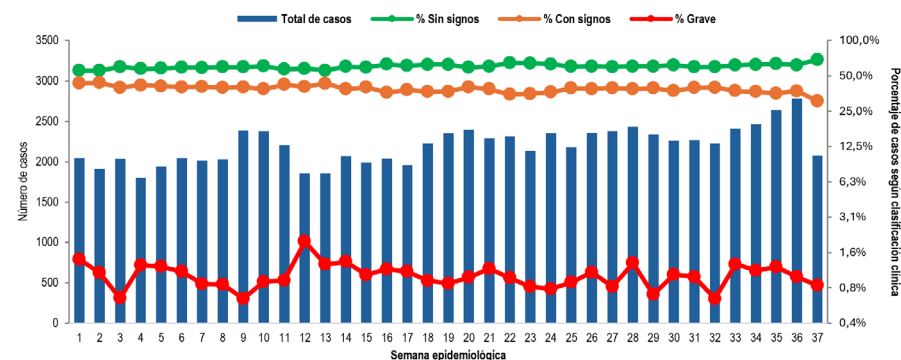
Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 37 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 29 - 32 2026)	Observado (SE 33-36 2026)
Meta	12 963	29,7	0,8	1 425	1285
Bolívar	7 336	40,9	1,3	1 023	1085
Cesar	6 081	56,5	0,8	477	373
Santander	5 690	38,6	0,6	692	868
Norte de Santander	5 200	37,6	1,4	701	778
Magdalena	4 837	49,5	0,7	513	548
Casanare	3 360	29,9	0,7	609	385
La Guajira	3 092	53,8	1,7	79	50
Antioquia	3 072	37,0	0,9	363	480
Atlántico	2 973	43,6	0,7	438	564
Cartagena de indias	2 967	19,5	1,1	162	220
Córdoba	2 671	43,6	0,4	210	298
Tolima	2 563	32,9	1,4	299	453
Barranquilla	2 491	45,4	0,9	276	269
Arauca	2 284	30,8	1,4	331	366
Santa Marta	2 033	44,9	0,3	58	51
Sucre	1 699	47,4	0,9	244	417
Valle del Cauca	1 614	34,9	0,8	212	417
Cundinamarca	1 402	37,9	1,1	147	280
Santiago de Cali	1 066	36,7	0,5	112	128
Huila	976	39,1	5,0	103	147
Chocó	04	21,0	0,7	120	153
Amazonas	703	14,9	0,1	83	119
Nariño	591	39,3	0,7	87	61
Guaviare	559	24,5	0,5	60	133
Caquetá	407	52,6	2,7	19	16
Putumayo	358	27,1	2,0	33	67
Quindío	315	27,3	3,2	41	71
Boyacá	232	44,8	1,7	35	30
Cauca	189	31,2	3,7	31	35
Exterior	165	43,0	3,6	20	27
Caldas	147	40,8	0,0	14	12
Risaralda	146	38,4	1,4	13	24
Buenaventura	125	37,6	0,8	11	25
Vichada	99	28,3	0,0	11	21
Vaupés	66	9,1	0,0	26	18
Archipiélago de San Andrés	35	31,4	2,9	11	12
Guainía	10	30,0	0,0	1	4
Total	81 421	38,6	1,0	9 090	10 290

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 14); 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 33 a 36 de 2026) fueron: Caldas, Caquetá, La Guajira y Buenaventura.

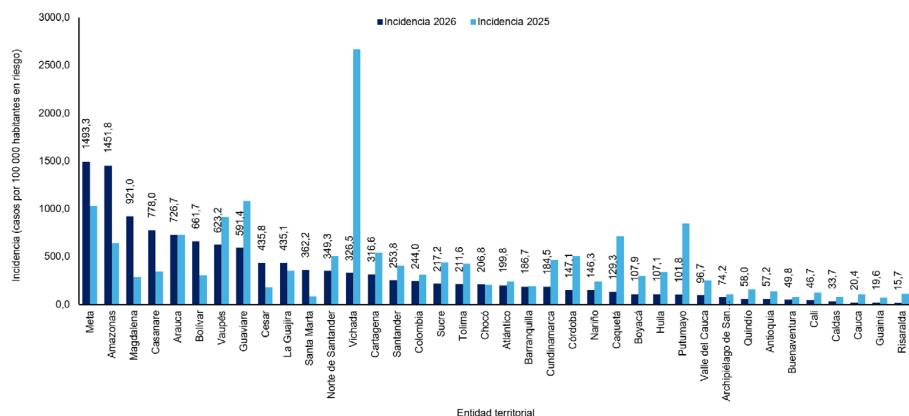
Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 37, 2026



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

A semana epidemiológica 37 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 244,0 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 308,5 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, Casanare, Arauca, Bolívar y Vaupés presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 37 del 2026 registrando tasas superiores a 620,0 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 495,5 casos por 100 000 habitantes.

Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 37 de 2025 y 2026

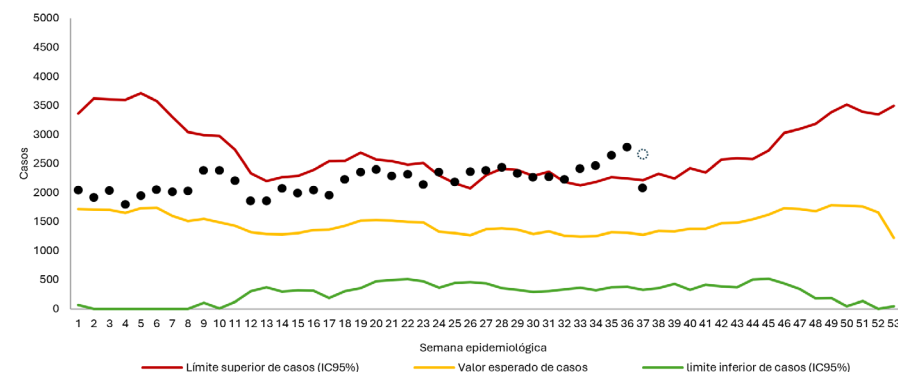


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 37 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 13,2 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 33 a 36 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 29 a 32, 2026) (figura 16). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 37), se observa una reducción del 20,9 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 102 959 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 16,2 % (6) está dentro de lo esperado, el 40,6 % (15) se encuentra en situación de alerta y el 43,2 % (16) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Figura 16. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 37 de 2026



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

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 37 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 37, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Putumayo, Quindío, Magdalena, Norte de Santander, Sucre, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vaupés.
Alerta	Antioquia, Barranquilla, Boyacá, Buenaventura, Cartagena de Indias, Cesar, La Guajira, Huila, Nariño, Santander, Santa Marta D.T., Valle del Cauca, Tolima, Risaralda, Vichada
Dentro de lo esperado	Cauca, Caldas, Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Guainía.

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 37 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 21,8 % (180) 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 29,8 % (17/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

Tabla 18. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 37 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		(SE 29-32 2026)	(SE 33-36 2026)
Antioquia	Medellín	16,1	420	50	74
	Bello	8,3	46	6	9
	Envigado	17,4	42	6	8
	Itagüí	10,2	28	5	8
Bolívar	Magangué	456,5	656	104	159
Cesar	Aguachica	537,0	660	105	84
Córdoba	Cereté	251,7	277	33	38
Cundinamarca	Fusagasugá	23,0	38	3	10
Chocó	Quibdó	169,3	225	23	57
Meta	Villavicencio	1797,8	9167	911	825
Norte de Santander	Ocaña	294,2	349	76	78
Risaralda	Pereira	15,2	74	10	14
Santander	Bucaramanga	332,2	2056	268	367
Tolima	Ibagué	171,2	931	115	187
Valle del Cauca	Cartago	312,2	434	57	178
Arauca	Arauca	319,8	321	52	42
Casanare	Yopal	426,6	770	194	162

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

A semana epidemiológica 37 del 2026, se han notificado 212 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 55 casos, se han descartado 112 casos y se encuentran en estudio 45 casos, de los cuales un caso procede del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,07 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 96 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 37, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 37, 2026	Letalidad por dengue a SE 37, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	4	0	0,41	0,26
La Guajira	10	1	0,32	0,04
Magdalena	7	0	0,14	0,07
Antioquia	4	1	0,13	0,13
Atlántico	3	0	0,10	0,06
Santa Marta	2	0	0,10	0,22
Cundinamarca	1	3	0,07	0,06
Meta	9	5	0,07	0,11
Bolívar	5	5	0,07	0,09
Valle del Cauca	1	3	0,06	0,00
Sucre	1	3	0,06	0,09
Norte de Santander	3	0	0,06	0,07
Cesar	3	0	0,05	0,04
Barranquilla	1	1	0,04	0,16
Santander	1	1	0,02	0,10
Tolima	0	6	0,00	0,04
Casanare	0	4	0,00	0,00
Cauca	0	3	0,00	0,31
Arauca	0	2	0,00	0,09
Córdoba	0	2	0,00	0,08
Putumayo	0	2	0,00	0,17
Boyacá	0	1	0,00	0,00
Caldas	0	1	0,00	0,00
Colombia	55	44	0,07	0,09

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

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 37 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 endemicidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

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

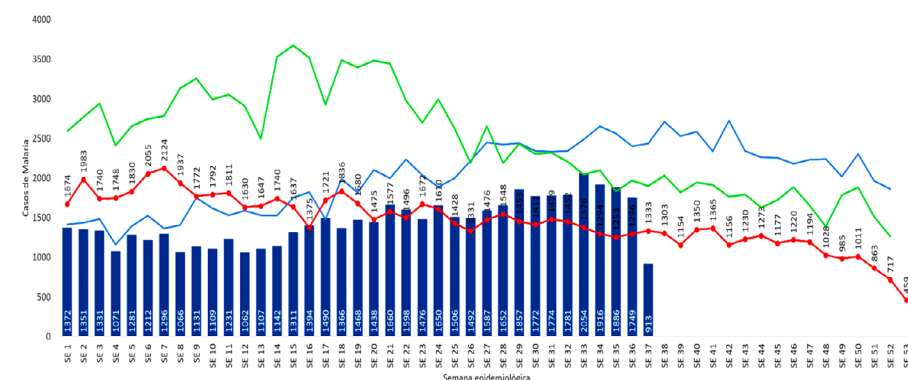
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución para la malaria, como se muestra en la figura 17.

Figura 17. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 37 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 37 del 2026 se notificaron 1 942 casos de malaria, para un acumulado de 53 552 casos, de los cuales 52 990 son de malaria no complicada y 562 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,7 % (36 253), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,1 % (16 653) e infección mixta con 1,2 % (646). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (40,4 %), Antioquia (13,1 %), Córdoba (7,3 %), Nariño (5,3 %), Guainía (5,0 %), Risaralda (3,8 %), Amazonas (3,3 %), Cauca (3,3 %), Bolívar (3,0 %), Vichada (2,7 %), Buenaventura (2,6 %), Meta (2,5 %) y Guaviare (2,1 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,7 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 37 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 30 a 33 2026	Casos SE 34 a 37 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	4 783	877	916	32,11
Córdoba	Tierralta	2 567	270	233	25,33
Guainía	Inírida	2 397	212	324	60,55
Risaralda	Pueblo Rico	1 833	246	108	109,02
Chocó	Lloró	1 802	284	243	165,87
Chocó	Bagadó	1 681	427	136	139,20
Antioquia	El Bagre	1 407	181	173	24,67
Buenaventura	Buenaventura	1 379	168	228	4,24
Chocó	Istmina	1 311	175	110	37,50
Chocó	Alto Baudó	1 090	202	206	33,88
Chocó	Medio San Juan	1 081	171	156	89,30
Meta	Puerto Gaitán	1 042	88	83	22,06
Vichada	Cumaribo	1 006	71	79	11,22
Cauca	Timbiquí	923	100	91	32,22
Chocó	Rio Quito	904	109	165	95,80
Vaupés	Mitú	870	91	54	23,76
Bolívar	Montecristo	848	107	71	45,56
Chocó	Tadó	843	205	145	40,61
Chocó	Carmen del Darién	820	177	121	36,04
Chocó	Bajo Baudó	814	163	124	23,30
Chocó	Juradó	740	66	21	95,62
Cauca	Guapi	700	61	88	23,24
Nariño	Olaya Herrera	677	94	58	25,32
Norte de Santander	Tibú	671	133	82	10,70
Antioquia	Nechí	669	90	81	23,67
Chocó	El Cantón del San Pablo	645	81	39	90,42
Chocó	Atrato	638	127	125	90,20
Amazonas	Tarapacá (CD)	635	65	48	141,30
Córdoba	Puerto Libertador	600	63	64	13,02
Chocó	Nóvita	600	163	159	56,00
Guaviare	San José del Guaviare	536	74	74	8,05
Chocó	Medio Atrato	532	62	110	40,03
Antioquia	Cáceres	529	64	42	16,76
Amazonas	La Pedrera (CD)	495	64	50	113,69
Antioquia	Chigorodó	473	46	47	7,50

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 72,7 % 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 47,6 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Tierralta, Pueblo Rico, Lloró, Bagadó, Puerto Gaitán, Montecristo, Mitú, Carmen del Darién, Juradó, Cumaribo, Tibú y Nechí y en incremento el municipio de Inírida y Nechí (tabla 21). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 67,2 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Timbiquí, Istmina, Lloró, Bagadó, Bajo Baudó y Tadó y en incremento los municipios de Quibdó, Buenaventura, Rio Quito, Guapi, Medio San Juan, Alto Baudó, Atrato, El Charco y Medio Atrato como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 37 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 30 a 33 de 2026	Casos SE 34 a 37 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	246	216	-12%	6,3%
Guainía	Inírida	189	266	41%	5,7%
Chocó	Quibdó	273	282	3%	4,7%
Risaralda	Pueblo Rico	198	87	-56%	4,3%
Antioquia	El Bagre	174	166	-5%	3,7%
Chocó	Lloró	148	98	-34%	3,0%
Chocó	Bagadó	193	57	-70%	2,8%
Meta	Puerto Gaitán	82	80	-2%	2,5%
Bolívar	Montecristo	109	74	-32%	2,3%
Vaupés	Mitú	80	47	-41%	2,3%
Chocó	Carmen del Darién	151	99	-34%	2,1%
Chocó	Juradó	67	21	-69%	2,0%
Vichada	Cumaribo	45	33	-27%	2,0%
Norte de Santander	Tibú	133	82	-38%	1,9%
Antioquia	Nechí	89	81	-9%	1,8%

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

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por P. falciparum por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 37 de 2026

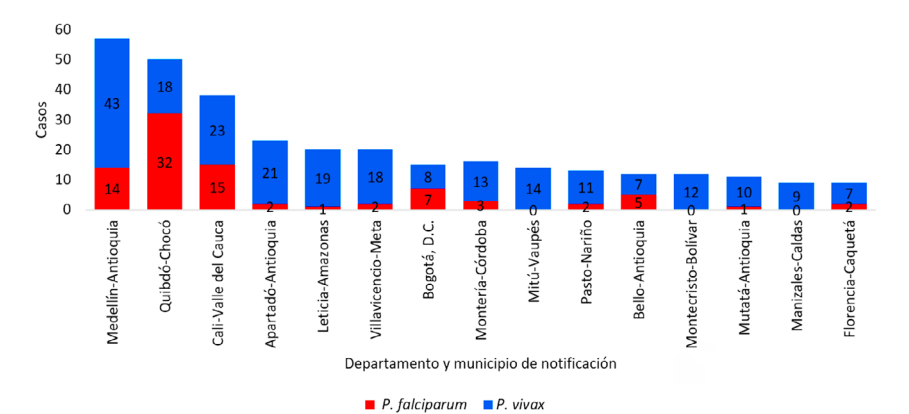
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 30 a 33 de 2026	Casos SE 34 a 37 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	597	621	4%	18,5%
Buenaventura	Buenaventura	104	159	53%	5,7%
Cauca	Timbiquí	99	90	-9%	5,5%
Chocó	Istmina	96	49	-49%	4,1%
Chocó	Rio Quito	75	128	71%	4,1%
Chocó	Lloró	133	133	0%	4,0%
Cauca	Guapi	58	80	38%	3,9%
Chocó	Bagadó	225	71	-68%	3,8%
Chocó	Medio San Juan	88	94	7%	3,3%
Chocó	Alto Baudó	89	104	17%	2,7%
Chocó	Atrato	90	102	13%	2,6%
Chocó	Bajo Baudó	104	81	-22%	2,5%
Nariño	El Charco	25	47	88%	2,4%
Chocó	Medio Atrato	42	73	74%	2,2%
Chocó	Tadó	108	61	-44%	2,1%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 37 de 2026 se han notificado 562 casos de malaria complicada, que son notificados por 32 entidades territoriales. Antioquia, Chocó, Amazonas, Nariño, Santiago de Cali, Meta, Caldas, Vichada, Caquetá, Bogotá, Risaralda, Bolivar, Santander, Sucre, Vaupés y Córdoba y notificaron el 88,2 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 58,0 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 18).

Figura 18. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 37 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 37 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran ocho departamentos en situación de incremento y ocho departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 48 municipios en incremento y 55 municipios en decremento (tabla 23).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 37 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 37 2025	Acumulado 2026	SE 37 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Frontino	4	199	4	395	1	34	86
Antioquia	Murindó	5	218	1	188	8	33	42
Antioquia	Anori	4	77	0	185	2	9	14
Antioquia	Cáceres	4	537	9	532	9	32	42
Antioquia	Nechí	5	810	7	678	12	35	81
Antioquia	Yondó	4	51	2	62	0	1	4
Antioquia	Tarazá	4	424	9	209	4	24	30
Antioquia	Caucasia	4	312	3	207	0	13	20
Bolívar	Río Viejo	4	17	0	122	0	4	9
Bolívar	Tiquisio	4	93	0	129	4	9	13
Bolívar	Montecristo	5	782	22	864	7	61	74
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	62	0	100	6	4	14

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 37 2025	Acumulado 2026	SE 37 2026	Esperado	Observado
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	14	0	66	1	1	4
Caquetá	La Montañita	4	7	0	12	0	0	3
Caquetá	Cartagena del Chairá	4	6	1	36	3	1	5
Caquetá	Curillo	4	2	0	3	1	0	2
Cauca	Timbiquí	5	1000	15	924	9	64	91
Chocó	Alto Baudó	5	1027	37	1094	18	182	206
Chocó	El Carmen de Atrato	4	179	3	356	11	6	76
Chocó	Condoto	4	163	3	292	7	18	41
Chocó	Medio San Juan	5	973	22	1084	30	76	156
Chocó	Nóvita	5	277	7	602	19	32	160
Chocó	Belén de Bajirá	5	137	2	525	14	12	62
Chocó	Lloró	5	1538	33	1811	34	160	243
Chocó	Istmina	5	1080	37	1322	16	89	110
Chocó	Unión Panamericana	5	175	1	258	2	20	36
Chocó	Río Quito	5	483	2	914	21	103	168
Chocó	El Litoral del San Juan	5	82	2	210	7	17	44
Chocó	Quibdó	5	2583	41	4852	114	326	922
Chocó	Medio Atrato	5	398	8	534	24	52	110
Chocó	Carmen del Darién	5	705	13	825	9	63	121
Chocó	Atrato	5	269	5	642	16	41	126
Guaviare	San José del Guaviare	5	526	7	540	15	56	75
Guaviare	Calamar	4	132	1	241	8	15	45
Guaviare	Miraflores	3	59	1	88	4	8	19
Meta	Puerto Concordia	4	58	2	60	3	4	7
Meta	Puerto Gaitán	4	281	14	1058	14	13	83
Meta	Puerto López	4	191	0	23	2	0	7
Meta	Villavicencio	4	43	0	36	1	2	5
Norte de Santander	El Tarra	4	6	0	13	1	1	4
Norte de Santander	Teorama	4	7	2	45	0	2	14
Norte de Santander	Convención	4	4	0	47	0	1	13
Norte de Santander	El Carmen	4	5	1	19	0	0	5
Risaralda	Pereira	4	32	0	29	2	2	5
Sucre	Sincelejo	4	19	0	17	1	1	4
Sucre	Morroa	4	0	0	2	0	0	2
Tolima	Ataco	3	0	0	0	0	0	3
Valle del Cauca	Buenaventura	5	1673	53	1392	40	212	228

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

A semana epidemiológica 37 del 2026, se han notificado 15 408 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 15 332 corresponden a residentes en Colombia y 76 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (38 de 2025 a 37 de 2026) es de 0,54 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Chocó, Vichada y Risaralda (tabla 24).

El 83,4 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,6 % 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 (28,0 %) y en los de 1 año de edad (27,1 %). Así mismo, el 65,9 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 37 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Guainía, Norte de Santander, 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 219 municipios a nivel nacional (19,5 %) y de disminución en 94 municipios (8,4 %). 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 19 municipios (tabla 25).

Tabla 24. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 37, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 37 de 2025	Casos a SE 37 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	15 476	15 332	0,54	19,5	8,4
La Guajira	1 250	1 219	1,53	26,7	20,0
Chocó	619	685	1,33	32,3	12,9
Vichada	157	167	1,28	0,0	25,0
Risaralda	340	415	0,87	28,6	7,1
Guaviare	53	51	0,77	25,0	0,0
Cartagena de Indias	396	427	0,69	0,0	0,0
Cesar	693	755	0,68	28,0	16,0
Magdalena	609	475	0,68	20,7	6,9
Arauca	133	127	0,66	0,0	28,6
Boyacá	376	416	0,64	13,8	4,1
Vaupés	23	20	0,58	0,0	16,7
Nariño	504	580	0,58	26,6	3,1
Antioquia	2 053	1 956	0,57	23,2	3,2
Bogotá, D.C.	1 948	1 843	0,54	0,0	0,0
Casanare	191	165	0,54	10,5	31,6
Norte Santander	510	439	0,52	7,5	5,0
Bolívar	460	433	0,52	26,7	8,9
Cundinamarca	868	882	0,51	17,2	6,0
Meta	288	340	0,50	31,0	13,8
Amazonas	52	37	0,49	18,2	9,1
Putumayo	142	138	0,49	15,4	15,4
Sucre	296	317	0,47	42,3	7,7
Valle del Cauca	479	437	0,43	30,0	5,0
Santiago de Cali	407	367	0,42	0,0	0,0
Tolima	241	273	0,40	17,0	10,6
Buenaventura	133	97	0,39	0,0	0,0
Santa Marta	133	123	0,38	0,0	0,0
Huila	338	293	0,38	10,8	10,8
Córdoba	372	470	0,35	16,7	13,3
Guainía	33	19	0,35	0,0	22,2
Caquetá	105	104	0,34	0,0	25,0
Caldas	140	143	0,33	18,5	0,0
Santander	360	361	0,31	16,1	3,4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	11	0,30	50,0	0,0
Cauca	218	267	0,29	26,2	9,5
Barranquilla	234	156	0,29	0,0	0,0
Atlántico	255	253	0,28	13,6	40,9

SE: Semana Epidemiológica.

*Casos acumulados de SE 38 de 2025 a SE 37 de 2026.

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

Tabla 25. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 37 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	276	154
Risaralda	Dosquebradas	36	99
Sucre	Sincelejo	42	92
Tolima	Ibagué	54	88
Cundinamarca	Fusagasugá	49	82
Nariño	Pasto	61	66
Antioquia	Rionegro	29	45
Cauca	Popayán	25	44
Cesar	Aguachica	21	43
Boyacá	Duitama	23	42
Huila	Pitalito	26	36
Valle del Cauca	Cartago	20	28
Cauca	Santander de Quilichao	18	27
Antioquia	Envigado	16	25
Santander	Piedecuesta	35	24
Atlántico	Sabanalarga	33	23
Atlántico	Malambo	29	20
Cundinamarca	Girardot	40	12
Norte de Santander	Villa del Rosario	38	10

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>

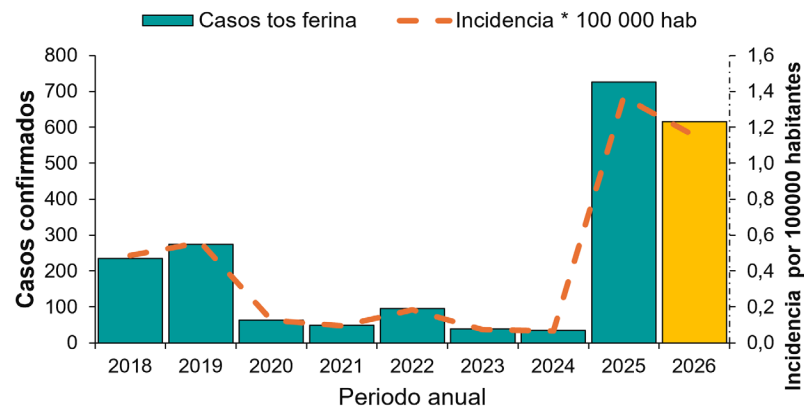
Tos ferina

Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 36 de 2026

Nota: El presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, clasificados por laboratorio, nexo epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias fueron calculadas únicamente con los casos procedentes de Colombia. Asimismo, se debe considerar que la información presentada está sujeta a ajustes derivados del rezago en la notificación, los procesos de confirmación diagnóstica y las modificaciones en la clasificación final de los casos, por lo que las cifras pueden variar en futuras actualizaciones.

Hasta la semana epidemiológica 36 de 2026, datos preliminares, a nivel nacional se han confirmado 635 casos de tos ferina, de los cuales 616 corresponden a casos con procedencia nacional, utilizados para el cálculo de la incidencia. La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 36 fue de 1,2 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 (2018 a 2024); no obstante, el comportamiento observado durante 2026 es inferior al registrado en el mismo periodo de 2025, cuando se confirmaron 726 casos de tos ferina y una incidencia de 1,4 casos por cada 100 000 habitantes (figura 19).

Figura 19. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 36, 2018 a 2026p

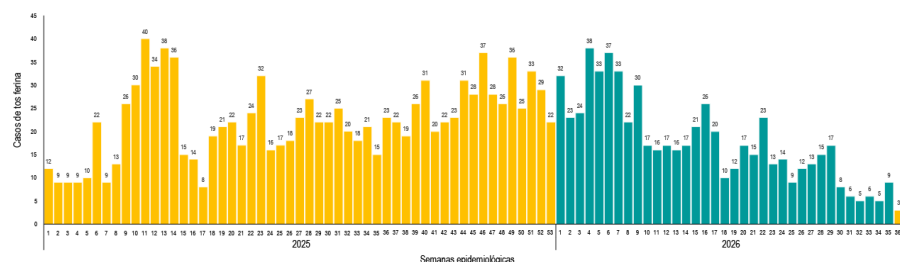


Fuente: Sivigila 2018 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 20 muestra una disminución sostenida de los casos de tos ferina durante 2026 en comparación con 2025. Mientras que en 2025 se registraron picos de hasta 40 casos en la semana epidemiológica 11 y de 37 casos en la semana epidemiológica 46, durante 2026 los mayores valores se presentaron al inicio del año, alcanzando 38 casos en la semana epidemiológica 05 y 37 casos en la semana epidemiológica 06. A partir de entonces, la notificación mostró una tendencia descendente progresiva, con fluctuaciones menores y una reducción marcada desde la semana epidemiológica 17, llegando a valores inferiores a 10 casos semanales en las últimas semanas analizadas. Este comportamiento evidencia una disminución importante en la ocurrencia de casos de tos ferina durante 2026, especialmente en el segundo semestre del año. En el periodo observado (semanas epidemiológicas 33 a 36) se confirmaron 23 casos.

Figura 20. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 36 de 2026p



Fuente: Sivigila 2025 y 2026 p
p: dato preliminar sujeto a validación.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 36, de 2019 a 2026p

Las mayores incidencias acumuladas se notificaron en Vaupés (22,5 casos por 100 000 habitantes), Casanare (4,8), Cartagena de Indias (4,2), Vichada (3,9), Arauca (3,2), Chocó (3,2) y Boyacá (2,9). En términos absolutos, Antioquia concentró el mayor número de casos confirmados (135), seguida de Bogotá, D.C. (64), Santander (43), Cartagena de Indias (42), Boyacá (38) y Cesar (26). En comparación con 2025, se observaron incrementos en la incidencia en Santander, Cartagena de Indias, Boyacá, Cesar, Casanare, Santiago de Cali, Chocó, Bolívar, Norte de Santander, Cauca, Vaupés, Barranquilla, Atlántico, Arauca, La Guajira, Vichada, Quindío, Putumayo, Amazonas, Guaviare y Buenaventura, mientras que Antioquia, Bogotá, D.C., Cundinamarca, Risaralda, Córdoba, Caldas, Meta, Magdalena, Huila, Valle del Cauca, Sucre, Santa Marta, Nariño, Caquetá y Tolima registraron una disminución. Estos resultados evidencian una distribución heterogénea de la tos ferina entre las entidades territoriales del país.

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

Tabla 26. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 36, 2019 a 2026p

Entidad territorial	Incidencias por 100 000 habitantes								Tendencia	2026
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026		
Colombia	0,6	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,4	1,2		616
Antioquia	0,7	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	2,5	1,9		135
Bogotá, D.C.	0,8	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	3,1	0,8		64
Santander	0,4	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3	1,8		43
Cartagena de Indias	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	4,2		42
Boyacá	0,5	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,7	2,9		38
Cesar	0,4	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	1,7		26
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8		23
Santiago de Cali	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	0,1	0,7	0,9		20
Chocó	0,2	0,2	3,7	0,5	0,0	0,3	2,5	3,2		19
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	1,0	1,5		19
Norte de Santander	1,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	1,1		19
Cundinamarca	0,5	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	1,4	0,5		18
Cauca	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9		14
Risaralda	0,8	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	1,8	1,1		11
Vaupés	110,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	22,5		10
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,8		10
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,6		10
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,5		10
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	3,2		9
Caldas	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	2,2	0,8		8
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,8	0,7		8
Meta	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,2	0,7		8
Magdalena	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3	0,7		7
Huila	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,3	1,9	0,6		7
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	3,9		6
Quindío	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9	1,1		6
Valle del Cauca	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3		6
Sucre	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5		5
Santa Marta	0,2	0,2	0,0	1,3	0,7	0,0	0,5	0,5		3
Nariño	0,4	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,2		3
Putumayo	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5		2
Caquetá	1,2	0,7	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,5		2
Tolima	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1		2
Amazonas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2		1
Guaviare	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2		1
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,9	0,6	0,0	0,0	0,3		1

Fuente: 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.

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

Con corte a la semana epidemiológica 36 de 2026, se han identificado 41 brotes de tos ferina en población indígena, con un total de 159 casos asociados. De estos, 39 (95,1 %) se encuentran cerrados y 2 (4,9 %) permanecen activos y en seguimiento epidemiológico de acuerdo con la fecha de inicio de síntomas. Los brotes que continúan abiertos corresponden a los municipios de Toribío (Cauca) y Cubará (Boyacá).

La tabla 27 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia en población indígena, así como la fecha de cierre correspondiente de cada brote.

Tabla 27. Brotes de tos ferina, Colombia, 2026p

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		159		
Cauca	Toribío	8	20/08/2026	1/10/2026
Boyacá	Cubará	15	12/08/2026	23/09/2026
Vaupés	Carurú	1	6/08/2026	17/09/2026
Boyacá	Güicán	8	2/08/2026	13/09/2026
Vichada	Cumaribo	6	20/07/2026	31/08/2026
Santander	Cerrito	21	7/07/2026	18/08/2026
La Guajira	Maicao	2	19/06/2026	31/07/2026
Vaupés	Papunaua	2	16/06/2026	28/07/2026
Cesar	Agustín Codazzi	6	14/06/2026	26/07/2026
La Guajira	Uribe	1	11/06/2026	23/07/2026
Arauca	Saravena	1	10/06/2026	22/07/2026
Chocó	Riosucio	5	8/06/2026	20/07/2026
Cesar	Becerril	1	6/06/2026	18/07/2026
Antioquia	Murindó	4	6/06/2026	18/07/2026
Cesar	Valledupar	2	5/06/2026	17/07/2026
Norte de Santander	Toledo	2	26/05/2026	7/07/2026
Vaupés	Mitú	7	21/05/2026	2/07/2026
Cauca	Caldono	3	8/05/2026	19/06/2026
Chocó	Litoral del Bajo de San Juan	1	27/04/2026	8/06/2026
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	4/06/2026

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Chocó	Tadó	2	20/04/2026	1/06/2026
Santander	Concepción	6	20/04/2026	1/06/2026
Chocó	Bagadó	1	20/04/2026	1/06/2026
Antioquia	Urrao	1	11/04/2026	23/05/2026
Casanare	Paz de Ariporo	14	1/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	1/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Dabeiba	12	28/03/2026	9/05/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Chocó	Lloró	1	8/03/2026	19/04/2026
Cauca	Santander de Quilichao	1	3/03/2026	14/04/2026
Caldas	Aranzazu	3	19/02/2026	2/04/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	8/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	6/02/2026	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	9/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	9/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	4/03/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026

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



ALERTAS NACIONALES

Actualización del sismo del 10 de agosto de 2026, Colombia, y acciones de vigilancia en salud pública. Corte 23 de septiembre de 2026

El sismo presentado el 10 de agosto de 2026, a las 07:34 horas, de magnitud 7,4 con epicentro en San José del Palmar (Chocó), generó afectaciones principalmente en la región Pacífica y el Eje Cafetero, especialmente en los departamentos de Chocó, Valle del Cauca, Risaralda, Caldas, Quindío y los distritos de Cali y Buenaventura. Desde entonces, se mantiene activa la respuesta interinstitucional y el seguimiento por parte de las autoridades nacionales y territoriales. De acuerdo con el Reporte Situacional No. 086 (23/09/2026, 06:30 hora militar) de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), se registra afectación en 500 municipios de 16 departamentos.

En materia de vigilancia en salud pública, con corte al 23 de septiembre se han identificado 17 brotes asociados al contexto posterior al sismo, de los cuales seis continúan activos y en seguimiento y 11 han sido cerrados, sin registrarse fallecimientos asociados. Los brotes activos se concentran en Santiago de Cali, Buenaventura y Armenia (Quindío) y corresponden a varicela, parotiditis, enfermedad transmitida por alimentos (ETA), COVID-19, infección respiratoria aguda (IRA) leve y un nuevo brote de infección asociada a la atención en salud (IAAS) por *Klebsiella pneumoniae* identificado en una clínica de cuarto nivel de atención (alta complejidad). Se mantiene el seguimiento epidemiológico de los eventos activos, la verificación de factores de riesgo y el monitoreo de las medidas sanitarias implementadas. Adicionalmente, en los alojamientos temporales habilitados en los municipios priorizados no se registran eventos de interés en salud pública, brotes activos ni alertas sanitarias asociados a enfermedades zoonóticas, transmitidas por vectores o infecciones de transmisión sexual (ITS). Asimismo, no se reportan cambios en el seguimiento de los eventos priorizados de enfermedades no transmisibles y salud mental.

En la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), con corte al 23 de septiembre se registran 526 reportes comunitarios, concentrados principalmente en Quindío (188), Chocó (99), Caldas (84) y Risaralda (62). Desde el corte anterior se presentó un nuevo reporte relacionado con salud mental, correspondiente a comportamientos agresivos en la comunidad La Lerma, municipio de Medio San Juan, Chocó, frente al cual se mantiene la articulación con las entidades territoriales para avanzar en su gestión y seguimiento.



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

La emergencia mantiene una demanda importante sobre los Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE). Con corte al 23 de septiembre se registran 116 ATE, de los cuales 49 permanecen activos y caracterizados y 67 han sido cerrados, con 2.299 personas caracterizadas en los ATE activos. La mayor población caracterizada se concentra en Chocó (569 personas), Cali (568), Quindío (457), Buenaventura (321), Valle del Cauca (240), Risaralda (138) y Caldas (6).

Aunado a lo anterior, persisten riesgos sanitarios relacionados con las condiciones de saneamiento básico en los ATE. De los 49 alojamientos activos, 43 cuentan con información disponible y seis permanecen en proceso de caracterización. Entre los caracterizados, 12 presentan condiciones regulares o deficientes para la recolección de residuos sólidos, principalmente en Valle del Cauca, Quindío y Chocó. Asimismo, 13 ATE no cuentan con agua apta para consumo humano, concentrados principalmente en Valle del Cauca y los distritos de Santiago de Cali y Buenaventura, seguidos por Chocó, Risaralda y Quindío. Esta situación constituye un factor de riesgo para la ocurrencia de eventos asociados al consumo de agua no segura y a deficiencias en las condiciones básicas de saneamiento. En los ATE caracterizados también se mantiene la presencia de vectores, plagas y animales de interés sanitario, principalmente zancudos en 12 ATE y moscas en 8 ATE, además de roedores, larvas en depósitos de agua, murciélagos, serpientes y garrapatas. La mayor concentración de estos hallazgos se registra en Buenaventura. Persisten además diferencias territoriales en las condiciones para la preparación, lavado, refrigeración y suministro de alimentos, por lo que se requiere fortalecer las acciones de vigilancia sanitaria, las buenas prácticas de manipulación y conservación de alimentos, el control integrado de vectores y plagas y la eliminación de potenciales criaderos.

Como parte de la respuesta, se mantiene activo el Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), la Sala de Análisis del Riesgo Ambiental (SARA) y las acciones de vigilancia epidemiológica, ambiental y comunitaria. Con corte al 23 de septiembre, la Vigilancia Basada en Comunidad registra 526 reportes comunitarios, concentrados principalmente en Quindío (188), Chocó (99), Caldas (84) y Risaralda (62). Desde el corte anterior se presentó un nuevo reporte relacionado con salud mental, correspondiente a comportamientos agresivos en la comunidad La Lerma, municipio de Medio San Juan, Chocó, frente al cual se mantiene la articulación con las entidades territoriales para avanzar en su gestión y seguimiento.

La respuesta continúa orientada al monitoreo intensificado de los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP), la investigación epidemiológica y seguimiento de los seis brotes activos, la vigilancia sindrómica y sanitaria de los ATE y el fortalecimiento de las acciones de agua segura, saneamiento básico y vigilancia ambiental. Se requiere además completar y actualizar la caracterización de los alojamientos mediante EWARS y otras herramientas territoriales, fortalecer las capacidades técnicas y operativas en los territorios y continuar el acompañamiento para garantizar los procesos de vigilancia, diagnóstico, referencia y contrarreferencia de muestras. Debido a la magnitud y extensión de las afectaciones, se mantiene activo el COE-SP y la respuesta nacional, con un nivel de riesgo estimado que continúa siendo muy alto.

Fuente: UNGRD, Reporte Situacional No. 086, 23 de septiembre de 2026; Reportes de Situación (SITREP) de las entidades territoriales afectadas; INS. Información del Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), Sala de Análisis del Riesgo en Salud Pública, Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), herramienta EWARS, Red Nacional de Laboratorios y Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión, corte 23 de septiembre de 2026.

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 22 de septiembre 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 22 de septiembre (datos preliminares), se han notificado 1 227 casos probables, 59 confirmados por laboratorio, con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero hasta el 08 de agosto de 2026, el 93,2% (55) procedente del Tolima, el 5,0 % (3), precedente de Cundinamarca y el 1,69 % (1) procedente de Meta. Se han notificado 29 mortalidades, 28 confirmadas, un (1) caso excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad de 47,45 % (28/59)³.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 207 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 11 departamentos: Tolima, Meta, Cundinamarca, Putumayo, 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 87 casos de mortalidades, seis casos

[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.

excluidos porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad acumulada del 42,02 % (87/207).

Para 2026, los casos confirmados de fiebre amarilla se presentaron en Tolima: Chaparral (21), Icononzo (8), Cunday (7), Ortega (5), Melgar (5), Carmen de Apicalá (2), Rioblanco (2), Purificación (2), Suárez (1), Dolores (1), Planadas (1). En Meta, un (1) caso de procedencia Villavicencio y tres (3) casos en Cundinamarca del municipio de Paratebueno.

Durante el periodo comprendido entre el 15 y el 22 de septiembre de 2026, se confirmó un (1) caso identificado por búsqueda retrospectiva e investigación epidemiológica de campo (IEC) de fiebre amarilla en humanos.

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 34 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). Los últimos casos fueron confirmados el 19 de septiembre de 2026 por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) en zona rural de los municipios de Icononzo y Purificación.

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 – INS. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana.

Actualización de situación de sarampión a nivel nacional, 23 de septiembre de 2026

Con corte al 23 de septiembre de 2026, se han notificado 1 990 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 837 han sido descartados, 138 casos permanecen en estudio, en Bogotá, D.C. (61), Antioquia (34), Norte de Santander (7), Huila (6), Cali y Nariño (4), Amazonas, Barranquilla, Boyacá, Caldas, Casanare, Santa Marta y Sucre (2), Cartagena, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Meta, Risaralda, Santander y Valle del Cauca un (1) caso cada uno. Se han confirmado 15 casos, de estos, nueve (9) 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, 23 de septiembre de 2026.

Seguimiento a incendios de cobertura vegetal en Colombia. Corte al 21 de septiembre de 2026

Persisten en el país condiciones de altas temperaturas que han favorecido la ocurrencia y propagación de incendios de cobertura vegetal en diferentes regiones, principalmente en las regiones Andina y Pacífica. Esta situación coincide con la consolidación del fenómeno El Niño (FEN), de acuerdo con el Comunicado Especial No. 087 emitido por el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) el 13 de agosto de 2026.

Desde agosto a 21 de septiembre de 2026, los reportes de incendios de cobertura vegetal se han concentrado en los departamentos de Tolima y Cundinamarca, con 38 y 35 municipios afectados, respectivamente, equivalentes al 18,3 % y 16,8 % del total registrado. En conjunto, ambos departamentos suman 73 municipios afectados, lo que representa el 35,1 % de un total de 208 municipios.

En un segundo nivel de afectación se ubica Nariño, con 24 municipios afectados (11,5 %), seguido de Norte de Santander, con 23 (11,1 %). Posteriormente, se encuentran Boyacá, con 17 municipios (8,2 %); Huila, con 16 (7,7 %) y Antioquia, con 12 (5,8 %). Por su parte, Santander y Valle del Cauca reportan 10 y 9 municipios afectados, equivalentes al 4,8 % y 4,3 % del total, respectivamente.

Entre los departamentos con menor afectación se encuentran Cauca, con seis (6) municipios afectados (2,9 %) y La Guajira, con cinco (5) (2,4 %). Les siguen Cesar y Caldas, con cuatro (4) municipios cada uno (1,9 %) y Quindío, con dos (2) (1,0 %). Finalmente, Meta, Vichada y Magdalena registran un (1) municipio afectado cada uno, lo que representa, individualmente, el 0,5 % del total consolidado.

En respuesta a esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Circular Externa Conjunta 023 del 10 de julio de 2026, insta a reforzar las acciones de vigilancia, prevención y atención en salud, priorizando a la población en mayor condición de vulnerabilidad y fortaleciendo el monitoreo epidemiológico, territorial y ambiental mediante la Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA), el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y la vigilancia de factores de riesgos ambientales.

De acuerdo con lo reportado por la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), con corte al 21 de septiembre de 2026 a las 09:00 horas, permanecían activos 17 incendios de cobertura vegetal en seis departamentos: Tolima (10), Caldas y Nariño dos (2) cada uno; Boyacá, Cundinamarca y Valle

del Cauca uno (1) cada uno. Adicionalmente, siete (7) incendios se encuentran bajo control. Tolima concentra las principales emergencias en los municipios de Alvarado, Armero, Ataco, Líbano, Ortega, Prado, Rovira, San Luis, Villahermosa y Villarrica; Caldas en Anserma y La Dorada; Nariño en Cumbitara y Mallama; Cundinamarca en Nilo; Valle del Cauca en Guadalajara de Buga y Boyacá en Villa de Leyva. Durante los últimos siete días fueron extinguidos 87 incendios y desde finales de julio hasta la fecha de corte, los incendios de cobertura vegetal han afectado un total de 1 644 hectáreas.

Por su parte, el IDEAM en el Boletín de Pronóstico de la Amenaza por Incendios de la Cobertura Vegetal No. 264, emitido el 21 de septiembre de 2026 a las 12:00 horas (HLC), reportó alerta alta en 73 municipios distribuidos en diez departamentos¹.

Tolima concentró el mayor número de municipios (31) en esta condición, seguido de Nariño (18), Cundinamarca y Huila seis (6) cada uno, Norte de Santander cinco (5), Boyacá y La Guajira dos (2) cada uno. Asimismo, Meta, Santander y Valle del Cauca registraron un (1) municipio en alerta alta cada uno.

En cuanto a la calidad del aire, aunque a la fecha no se han registrado reportes de deterioro en los departamentos afectados, la persistencia de incendios activos y las condiciones ambientales que favorecen su propagación hacen necesario mantener un monitoreo continuo de los posibles impactos sobre la salud de la población.

En relación con los eventos de interés en salud pública (EISP) priorizados para el seguimiento de esta situación, a la semana epidemiológica 36 de 2026, se identificaron incrementos para casos de intoxicaciones por gases tres (3) en Boyacá, Cundinamarca y Tolima e IRA hospitalizaciones en sala general uno (1) en Nariño.

Con base en la información ambiental y epidemiológica disponible, el INS determinó que los incendios evaluados durante la semana epidemiológica 37 de 2026 presentaron un nivel de riesgo bajo en los departamentos de Tolima, Caldas, Nariño, Boyacá, Cundinamarca y Valle del Cauca.

Fuente: Circular Externa Conjunta 023 del 10 de julio de 2026, Ministerio de Salud y Protección Social; Reporte de incendios forestales en seguimiento de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), 21 de septiembre de 2026, 9:00 HCL; Boletín N°263 de Pronóstico de la amenaza por incendios de la cobertura vegetal del Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), 21 de septiembre de 2026, 12:00 HCL.

[1] <https://www.ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/Bolet%C3%ADn-de-Alertas-por-Pron%C3%B3stico-de-la-Amenaza-por-Incendios-de-la-Cobertura-Vegetal-%28BAICV%29>

Brotos de infecciones asociadas a la atención en salud en Colombia a agosto de 2026

A corte de agosto de 2026, se notificaron a nivel nacional 140 situaciones relacionadas con brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS). De estos, ocho (8) fueron descartados y dos (2) correspondieron a pseudobrotos asociados a pacientes colonizados, para un total de 130 eventos en seguimiento, clasificados como brotes de IAAS o pendientes de resultados del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) para su confirmación y clasificación final. Del total, el 46,9 % (61/130) ingresó por aumento inusual, el 34,6 % (45/130) por aparición de primera vez y el 18,5 % (24/130) por cambios de perfil de resistencia a los antimicrobianos.

La distribución territorial de los 12 brotes notificados durante el mes de agosto mostró mayor concentración en Antioquia (3), Meta (3), Bogotá, D.C. (1), Caldas (1), Córdoba (1), Huila (1), Santander (1) y Santiago de Cali (1). Entre los brotes notificados durante agosto, los principales agentes identificados fueron: *Candida auris* (UPGD: 3; casos: 21), *Enterobacter cloacae* (UPGD: 2; casos: 4), *Human metapneumovirus* (UPGD: 1; casos: 4) y *Staphylococcus epidermidis* (UPGD: 1; casos: 4). La distribución de los microorganismos se presenta en la tabla 28.

Tabla 28. Comportamiento de los brotes de infecciones asociadas a la atención en salud desagregado por microorganismo y número de casos, Colombia, agosto 2026

Brotos de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)							
Mes	Observado	Esperado	Microorganismos asociados	Nº. brotes	Nº. de casos	Proporción por nº brotes (%)	Proporción por nº de casos (%)
Agosto	12	9	<i>Candida auris</i>	3	21	25,0	53,8
			<i>Enterobacter cloacae</i>	2	4	16,7	10,3
			<i>Human metapneumovirus</i>	1	4	8,3	10,3
			<i>Staphylococcus epidermidis</i>	1	4	8,3	10,3
			<i>Clostridioides difficile</i>	1	2	8,3	5,1
			<i>Acinetobacter ursingii</i>	1	1	8,3	2,6
			<i>Enterococcus faecium</i>	1	1	8,3	2,6
			<i>Klebsiella aerogenes</i>	1	1	8,3	2,6
			<i>Staphylococcus cohnii</i>	1	1	8,3	2,6
Total	12	9		12	39	100	100

Fuente: base de datos brotes de IAAS 2019 – 2026 (información preliminar).

De manera oficial, se informa que la ficha de notificación del evento 957 (IAAS) se encuentra disponible en Sivigila 4.0, bajo la modalidad de notificación colectiva

con reporte inmediato, la cual deberá realizarse una vez se identifique la sospecha de un brote de IAAS, de acuerdo con los criterios establecidos para el evento.

La identificación de un brote deberá sustentarse en el análisis de las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona, considerando, entre otros, los siguientes criterios de sospecha:

- Aumento inusual en el número de infecciones respecto al comportamiento esperado.
- Identificación de un microorganismo por primera vez en una institución prestadora de servicios de salud, aun ante la ocurrencia de un solo caso.
- Identificación de un cambio en el perfil de resistencia a los antimicrobianos de un agente previamente identificado en la institución, aun ante la ocurrencia de un solo caso.

Se insta a las entidades territoriales a mantener activa la vigilancia de los brotes de IAAS y dar cumplimiento al protocolo nacional de vigilancia, para lo cual deben notificar la sospecha del brote dentro de las primeras 24 horas, continuar con el envío del informe SITREP a las 72 horas junto con los respectivos informes de avance vía correo electrónico, y enviar oportunamente al laboratorio los aislamientos microbiológicos de los casos confirmados para su caracterización.

La notificación oportuna de estos eventos permite fortalecer la vigilancia epidemiológica, facilitar la investigación de los brotes y orientar la implementación de medidas de prevención y control de infecciones.

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización del brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo. Ministerio de Salud Pública, Higiene y Bienestar Social. Fecha de publicación: 20 de septiembre de 2026

Desde el inicio del brote hasta el 19 de septiembre de 2026, en la República Democrática del Congo (RDC), se ha registrado un total acumulado de 7 672 casos confirmados, incluyendo 3 699 fallecimientos, lo que representa una letalidad del 48,2 %. El epicentro sigue siendo la provincia de Ituri, que concentra el 77,1 % de los casos confirmados en las siete provincias afectadas.

A 19 de septiembre de 2026, 63 de las 167 zonas sanitarias (37,7 %) se encuentran afectadas en las siete provincias. Ituri concentra 28 de las 36 zonas sanitarias afectadas, seguida de Kivu del Norte (16/34), Haut-Uélé (7/13), Tshopo (7/23), Kivu del Sur (1/34), Bas-Uélé (3/11) y Ubangi del Sur (1/16).

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Higiene y Bienestar Social. SitRep N°128/MVEBDB/19/09/2026. Fecha de publicación: 20 de septiembre de 2026. Fecha de consulta: 22 de septiembre de 2026. Disponible en: <https://insp.cd/sitrep-n128-mvebdb-19-09-2026/>

Situación epidemiológica sobre sarampión en la región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 14 de septiembre de 2026

Entre la semana epidemiológica 01 y la 35 de 2026, la región de las Américas reportó 52 676 casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que representa un aumento de 3,8 veces en comparación con el mismo período del 2025. Guatemala (33 334), México (12 848), Estados Unidos (3 134), Perú (1 997) y Canadá (1 117) concentran la gran mayoría (99,5 %) de los casos confirmados. Se han notificado un total de 61 muertes en el mismo periodo, de las cuales 41 ocurrieron en Guatemala, 19 en México y una (1) en Bolivia.

Durante las semanas epidemiológicas 33 y 34 de 2026, se reportaron 911 nuevos casos confirmados de sarampión en seis países y territorios, lo que representa una disminución del 36,6 % en comparación con el periodo de dos semanas anteriores. Estos casos fueron reportados por Guatemala con 350 casos, seguida de Estados Unidos con 303 casos, Perú con 171 casos y México con 83 casos, mientras que Bolivia y Canadá notificaron dos (2) casos cada uno.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe de Situación Regional - N.º 11, Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 14 de septiembre de 2026. Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/09/pahomeaslessitrep11esp.pdf>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 37 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 37

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	39	0	2	416	36	54	703	19	119	105	6	17	1	0	0	1	0	0	1	0	0
Antioquia	415	11	9	16010	1425	1711	3072	276	480	1138	117	169	29	4	3	217	64	12	64	6	4
Arauca	91	4	1	779	60	78	2284	103	366	703	25	84	32	1	10	1	2	0	25	3	1
Atlántico	64	5	0	3256	282	319	2973	229	564	1297	134	232	20	7	1	3	1	0	9	1	0
Barranquilla D.E.	11	0	0	3715	281	401	2491	195	269	1131	110	131	23	4	4	4	3	0	20	1	1
Bogotá D.C.	1	0	0	18356	1838	2084	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78	20	9	2	0	0
Bolívar	190	9	3	2204	213	209	7336	291	1085	3002	148	469	95	7	10	3	0	0	3	1	0
Boyacá	57	1	0	5385	520	549	232	20	30	104	9	9	4	0	3	4	1	0	2	0	0
Buenaventura D.E.	16	0	1	104	11	11	125	30	25	47	13	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	50	1	0	3287	300	386	147	15	12	60	9	8	0	0	0	5	2	1	22	2	1
Santiago de Cali D.E.	8	0	0	4264	418	488	1066	567	128	391	228	45	5	7	2	3	57	0	79	3	0
Caquetá	128	2	4	916	93	91	407	41	16	214	19	13	11	0	2	0	0	0	5	1	0
Cartagena de Indias D.T.	19	0	0	2001	146	209	2967	332	220	579	152	48	32	9	5	1	0	0	2	1	0
Casanare	121	4	4	1679	135	164	3360	91	385	1004	38	107	22	1	5	1	3	0	7	1	1
Cauca	88	1	1	4777	450	441	189	51	35	59	19	7	7	1	2	4	3	0	12	0	0
Cesar	195	7	6	2500	203	323	6081	256	373	3433	159	176	46	6	5	1	1	0	28	4	0
Chocó	161	3	3	261	22	22	904	87	153	190	17	29	6	1	0	0	0	0	2	1	0
Córdoba	269	7	8	4106	383	401	2671	365	298	1165	180	148	11	4	1	1	1	0	3	0	0
Cundinamarca	70	1	1	12245	1098	1325	1402	136	280	532	66	114	15	1	3	13	7	2	6	1	0
Guainía	6	0	0	213	14	29	10	4	4	3	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	58	2	2	305	65	36	559	28	133	137	8	28	3	0	1	0	0	0	0	0	0
Huila	105	3	2	5401	385	584	976	155	147	382	61	46	49	5	10	7	2	0	27	2	0
La Guajira	103	3	2	1870	246	191	3092	111	50	1662	77	33	53	2	0	3	1	0	10	1	1
Magdalena	116	7	3	1908	190	176	4837	121	548	2392	81	263	34	2	4	1	3	0	5	0	1
Meta	208	4	9	3517	329	375	12963	346	1285	3853	123	345	108	3	10	7	10	0	17	3	0
Nariño	100	2	3	6039	546	646	591	70	61	232	23	27	4	1	0	3	1	1	8	1	0
Norte de Santander	255	6	7	5803	482	640	5200	314	778	1956	157	265	72	5	4	20	28	1	4	0	0
Putumayo	100	3	1	1504	139	150	358	46	67	97	12	20	7	0	3	0	0	0	4	0	0
Quindío	11	1	1	2644	228	280	315	24	71	86	9	22	10	0	3	1	2	0	3	0	0
Risaralda	49	1	0	3580	326	404	146	21	24	56	9	7	2	0	0	14	4	0	10	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	286	28	34	35	6	12	11	3	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	31	0	1	1568	132	160	2033	64	51	912	39	25	7	1	1	1	1	0	6	0	0
Santander	146	6	1	6612	557	737	5690	467	868	2195	207	337	36	6	5	72	6	5	7	0	1
Sucre	71	2	1	2248	197	223	1699	225	417	806	141	186	15	5	3	2	0	0	1	0	0
Tolima	111	2	3	6072	536	658	2563	353	453	842	158	177	35	4	9	4	2	0	17	1	1
Valle del Cauca	57	2	1	7446	635	835	1614	315	417	564	127	146	13	3	3	3	11	1	40	4	2
Vaupés	33	1	1	178	17	16	66	1	18	6	0	1	0	0	0	1	0	0	9	1	0
Vichada	38	1	0	190	24	28	99	19	21	28	6	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	3.591	102	81	143.645	12.990	15.468	81.256	5.794	10.263	31.374	2.691	3.760	809	90	113	481	238	32	460	39	14

47

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 37

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1781	251	124	2	1	0	4551	545	539	84	14	3	0	0	0	2119	320	200	12	13	12
Antioquia	7069	821	823	195	27	39	696274	75318	64450	27285	2960	2404	2823	719	499	297832	32774	3668	550	599	550
Arauca	174	7	12	6	2	0	17395	2652	2046	2247	186	383	41	6	15	5962	636	610	38	45	38
Atlántico	2	0	2	5	3	0	109407	13407	16051	2448	314	198	1633	288	225	43604	4171	5185	91	163	91
Barranquilla D.E.	0	0	0	15	10	2	153783	19616	19047	8742	622	1137	1191	283	348	55073	5554	5577	138	195	138
Bogotá D.C.	0	0	0	150	37	31	1135797	135490	141067	51790	4990	4602	6633	1422	1261	556323	57884	74722	535	565	535
Bolívar	1593	108	143	23	4	6	94694	12284	8877	2308	281	206	310	97	56	22189	2489	2038	149	158	149
Boyacá	176	0	11	27	6	6	88815	12903	9633	5162	499	533	304	83	77	35971	3756	4865	83	98	83
Buenaventura D.E.	1392	180	228	13	2	3	7523	960	822	34	9	3	8	1	0	2331	294	238	41	57	41
Caldas	9	2	1	23	2	6	57754	7062	4849	2396	267	149	918	158	145	24106	2557	279	58	69	58
Santiago de Cali D.E.	2	1	0	81	9	12	163885	19719	13735	4703	547	487	438	67	57	71233	925	6971	187	212	187
Caquetá	292	12	23	18	3	2	23572	3160	1870	1714	153	120	21	10	7	11838	1337	177	35	45	35
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	16	4	4	124374	18873	14518	8555	439	720	1341	273	310	37932	3881	467	112	167	112
Casanare	28	1	0	8	1	0	18870	2853	2089	307	83	24	110	16	19	7811	887	766	35	55	35
Cauca	1775	240	189	37	3	5	70505	9831	6290	3251	232	237	164	74	38	26821	5095	2729	138	175	138
Cesar	13	2	2	41	4	14	77236	11404	7522	4081	725	434	298	126	71	17741	2206	1745	159	189	159
Chocó	21623	2258	3209	16	3	2	17843	2221	1397	949	147	72	29	5	6	1253	1006	1079	107	127	107
Córdoba	3870	829	391	24	3	8	148649	18323	16699	7796	629	741	1381	312	367	33461	3904	2957	186	272	186
Cundinamarca	0	0	0	60	10	11	249971	29587	27724	11382	995	901	786	275	163	118586	12595	1379	261	287	261
Guainía	2673	383	336	0	0	0	1284	237	125	75	19	6	0	0	0	1128	120	112	16	14	16
Guaviare	1120	97	152	3	1	2	4741	580	593	826	44	97	51	8	11	3267	228	378	7	11	7
Huila	0	0	0	25	6	3	59753	9449	6092	3865	372	420	495	99	121	29097	4056	3633	116	125	116
La Guajira	15	2	2	11	1	4	200923	17362	23759	2781	569	268	473	51	49	30836	3986	3536	208	283	208
Magdalena	11	1	2	14	2	6	90506	9231	8937	3115	276	425	22	6	8	25362	2826	2431	88	131	88
Meta	1336	35	113	12	5	4	63739	7261	7223	2599	238	309	180	98	40	33714	3936	3485	99	127	99
Nariño	2834	762	245	63	8	18	83281	12183	8357	5847	394	634	144	44	32	34558	5255	3778	117	142	117
Norte de Santander	814	111	120	71	9	19	112969	12330	8719	7823	725	586	663	141	116	39044	498	4208	120	161	120
Putumayo	60	4	1	6	2	1	28993	2557	2928	1114	106	147	38	6	7	10399	1028	958	24	43	24
Quindío	2	2	0	10	3	1	35680	5627	2909	1930	205	105	359	61	51	23317	2656	2554	40	42	40
Risaralda	2014	354	133	55	3	8	74280	9255	4308	2346	279	129	224	62	24	28496	3429	2623	75	73	75
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2	1	1	4405	673	442	536	76	28	14	0	5	1949	256	346	5	9	5
Santa Marta D.T.	0	0	0	13	3	5	41406	5507	4479	2661	220	243	602	139	112	14711	1314	1512	65	67	65
Santander	15	1	1	110	10	33	182455	18064	17313	12715	1241	1393	1871	393	400	69938	6513	7871	119	160	119
Sucre	44	7	11	21	2	7	71879	9063	7488	5284	746	456	740	272	175	18829	2404	2079	102	130	102
Tolima	16	0	3	14	3	2	98804	11639	9743	6834	459	531	346	70	81	45246	448	555	76	110	76
Valle del Cauca	17	9	1	32	6	5	96217	12015	7251	2657	260	175	764	118	75	51683	5477	5575	125	147	125
Vaupés	1045	238	331	7	1	1	4515	500	471	102	14	15	0	1	0	2015	124	198	6	10	6
Vichada	1418	119	106	2	1	0	2135	404	284	6	3	0	1	0	1	1172	146	108	28	27	28
Total nacional	53.237	6.923	6.451	1.231	200	271	4.518.863	540145	480.646	208.350	20.338	19.321	25.416	5.776	4.972	1.848.224	203.811	220.317	4.351	5.308	4.351

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 37

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1	0	0	0	0	0	1	1	0	6	0	0	80	4	15	1	0	0
Antioquia	9	10	0	430	52	33	13	5	0	1030	50	27	1978	210	161	298	51	34
Arauca	2	1	0	22	1	1	0	1	0	36	2	1	146	15	45	49	25	5
Atlántico	2	3	0	56	5	4	0	0	0	25	2	6	593	75	61	32	3	2
Barranquilla D.E.	1	2	0	129	9	7	1	0	0	48	4	7	759	77	53	77	7	6
Bogotá D.C.	16	10	0	1084	119	110	658	5	22	973	74	52	3577	387	348	1398	273	179
Bolívar	7	3	1	32	3	2	2	0	0	29	3	3	330	41	25	15	1	0
Boyacá	4	2	0	133	15	22	14	1	0	128	3	7	543	67	54	165	40	24
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	25	1	3	1	1	0
Caldas	2	1	0	31	7	2	2	1	0	20	1	0	336	29	21	13	2	2
Santiago de Cali D.E.	1	3	0	99	20	6	0	0	0	37	2	3	735	86	42	83	4	7
Caquetá	0	1	0	22	2	1	1	0	0	5	0	2	168	15	18	6	3	1
Cartagena de Indias D.T.	0	2	0	46	5	4	0	0	0	55	2	4	350	63	35	30	1	0
Casanare	2	1	0	41	2	3	1	0	1	45	0	0	189	23	32	18	5	7
Cauca	2	3	0	45	8	4	2	0	0	33	1	2	208	20	19	91	18	19
Cesar	1	4	0	62	5	2	0	0	0	69	2	2	504	28	32	18	1	1
Chocó	0	1	0	3	0	0	0	1	0	108	6	0	21	5	2	10	2	0
Córdoba	3	4	0	137	15	6	0	0	0	16	2	1	963	136	97	42	6	2
Cundinamarca	4	6	0	306	33	44	230	2	8	169	17	12	1795	168	186	252	44	40
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	0	1	17	1	2	2	1	1
Guaviare	1	0	0	6	0	1	1	1	0	3	0	1	29	5	1	7	1	2
Huila	6	3	0	108	14	10	12	1	1	33	4	2	451	43	60	24	6	8
La Guajira	0	3	0	25	2	3	0	0	0	32	1	1	319	31	27	20	2	1
Magdalena	1	2	0	19	2	1	0	1	0	18	1	2	259	28	21	4	0	0
Meta	5	2	0	51	6	2	12	1	0	110	8	4	332	58	38	31	6	3
Nariño	7	3	0	96	13	9	2	1	0	65	5	6	623	54	94	21	3	0
Norte de Santander	3	3	0	132	15	11	0	0	0	98	5	1	1133	95	77	59	24	4
Putumayo	3	1	0	37	3	3	1	1	0	22	1	0	121	17	20	15	3	2
Quindío	0	1	0	40	4	1	1	1	0	20	1	1	248	27	17	42	6	13
Risaralda	2	1	0	40	5	6	1	1	0	78	3	0	350	44	16	17	2	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	5	0	1	0	1	0	3	0	0	64	5	13	1	0	0
Santa Marta D.T.	1	1	0	13	1	1	0	1	0	14	9	1	180	13	4	8	1	0
Santander	4	4	1	57	8	7	1	0	0	170	9	5	830	76	81	88	16	6
Sucre	2	2	0	39	4	2	3	1	0	31	11	4	402	68	58	29	1	1
Tolima	5	2	0	33	7	3	7	1	0	22	2	1	500	72	54	35	7	4
Valle del Cauca	3	4	0	112	13	5	1	0	0	12	1	0	766	81	47	35	10	5
Vaupés	0	0	0	3	0	0	1	1	0	107	3	4	27	1	12	3	1	0
Vichada	0	0	0	1	0	1	4	1	0	26	1	0	73	1	2	2	0	1
Total nacional	103	83	0	3.496	423	318	973	21	32	3.702	230	163	20.024	2.092	1.893	3.042	577	382

49

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 37

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis Cutanea	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	45	37	0	0	60	64	11	9
Antioquia	1	1	0	0	1616	1956	0	1	3969	4345	795	469
Arauca	1	0	0	0	204	127	0	0	129	165	15	10
Atlántico	1	0	0	0	308	253	0	0	695	694	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	189	156	0	0	685	732	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	2372	1843	0	0	3968	4537	0	0
Bolívar	0	2	0	0	372	433	0	0	429	404	296	287
Boyacá	2	0	0	0	375	416	0	0	786	717	136	78
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	117	97	0	0	72	77	14	23
Caldas	0	0	0	0	141	143	0	1	866	909	148	76
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	366	367	0	0	1270	1471	1	0
Caquetá	0	0	0	0	138	104	0	0	182	152	191	120
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	268	427	0	0	416	456	1	1
Casanare	7	0	0	0	240	165	0	0	220	219	6	6
Cauca	0	0	0	0	237	267	0	1	630	659	40	17
Cesar	3	0	0	0	581	755	0	0	432	444	152	252
Chocó	0	0	0	0	636	685	0	0	90	132	178	140
Córdoba	1	2	0	0	423	470	0	0	786	851	143	93
Cundinamarca	1	0	0	0	954	882	0	0	1729	2156	143	77
Guainía	0	0	0	0	42	19	0	0	22	22	13	8
Guaviare	0	0	0	0	73	51	0	0	44	47	228	133
Huila	0	0	0	0	329	293	0	1	609	631	7	10
La Guajira	0	0	0	0	1483	1219	0	0	227	281	20	24
Magdalena	0	0	0	0	479	475	0	0	277	307	6	9
Meta	1	0	0	0	323	340	0	0	529	496	144	85
Nariño	0	0	0	0	508	580	0	0	1082	1107	169	89
Norte de Santander	1	1	0	0	523	439	0	0	830	948	163	107
Putumayo	0	0	0	0	145	138	0	0	225	195	185	42
Quindío	0	0	0	0	77	71	0	0	378	374	1	0
Risaralda	0	0	0	0	313	415	0	0	905	880	81	58
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	7	11	0	0	21	26	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	93	123	0	0	220	247	9	12
Santander	3	0	0	0	360	361	0	0	1212	1307	486	660
Sucre	1	0	0	0	209	317	0	0	366	352	77	68
Tolima	1	0	0	0	266	273	0	1	870	844	170	72
Valle del Cauca	0	0	0	0	373	437	0	0	979	1084	12	4
Vaupés	0	0	0	0	45	20	0	0	58	62	31	11
Vichada	0	0	0	0	214	167	0	0	19	27	25	31
Total nacional	26	6	0	0	15.447	15.332	1	5	26.290	28.421	3.932	3.084

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 37

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y 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
Amazonas	0	0	0	0	1	0	3	1	1	0	1	2
Antioquia	13	8	14	12	6	4	22	21	11	8	99	401
Arauca	0	0	1	0	0	1	3	0	1	0	4	1
Atlántico	3	0	6	1	1	0	6	3	5	0	23	24
Barranquilla D.E.	5	2	4	0	1	1	4	6	2	1	18	21
Bogotá D.C.	1	4	13	11	1	1	28	24	0	1	113	842
Bolívar	2	0	6	1	2	1	7	10	6	3	17	5
Boyacá	0	0	3	2	1	0	4	3	1	0	18	18
Buenaventura D.E.	3	0	2	1	0	3	3	2	2	2	5	3
Caldas	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	15	11
Santiago de Cali D.E.	4	0	4	1	1	0	7	1	1	1	32	39
Caquetá	7	0	2	3	0	0	6	1	2	0	6	5
Cartagena de Indias D.T.	3	0	4	4	1	0	6	6	1	0	14	30
Casanare	0	1	1	2	1	0	1	3	1	0	7	9
Cauca	0	2	6	4	4	2	8	3	1	2	23	3
Cesar	1	0	8	4	5	3	7	10	10	9	21	25
Chocó	2	0	9	6	20	11	25	30	31	19	8	12
Córdoba	2	2	6	1	1	1	11	11	7	1	28	27
Cundinamarca	2	0	7	6	0	0	8	6	0	0	51	125
Guainía	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1
Guaviare	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Huila	2	1	3	2	0	1	4	2	3	0	17	42
La Guajira	0	0	15	10	20	14	31	21	33	21	15	2
Magdalena	0	0	6	5	1	4	8	6	12	3	14	5
Meta	0	0	3	1	1	1	5	8	6	2	17	28
Nariño	1	0	8	4	2	2	7	6	2	0	25	31
Norte de Santander	4	2	6	0	1	0	4	3	3	0	24	53
Putumayo	0	0	1	1	1	2	2	0	1	1	6	7
Quindío	1	1	1	2	0	0	2	1	0	0	8	12
Risaralda	5	0	3	3	7	2	6	12	5	1	14	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Santa Marta D.T.	1	0	3	1	1	1	3	1	0	1	8	18
Santander	2	0	4	0	0	1	5	2	1	0	34	36
Sucre	2	3	3	3	0	1	5	1	2	0	15	16
Tolima	4	5	4	5	1	2	6	4	1	1	20	33
Valle del Cauca	2	3	2	1	2	2	8	4	3	1	30	52
Vaupés	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	1	0
Vichada	0	0	2	1	2	2	2	2	8	6	2	0
Total nacional	336	358	161	98	95	65	284	214	165	84	760	1.954

51

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 37

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	2	2	15	16	0	0	45	55	1	2	470	408
Antioquia	114	102	898	1052	2	1	2758	3524	89	100	16895	13865
Arauca	24	11	128	109	0	0	106	105	1	1	910	1005
Atlántico	31	19	260	240	1	0	356	480	14	26	1863	1790
Barranquilla D.E.	33	17	286	254	1	2	622	725	18	28	1893	2219
Bogotá D.C.	83	86	646	763	0	0	966	1084	26	28	23376	22784
Bolívar	35	19	226	223	2	3	148	163	3	2	1767	1781
Boyacá	17	6	74	71	0	1	132	170	2	2	3223	3170
Buena Ventura D.E.	18	11	106	93	0	0	124	152	5	6	264	224
Caldas	15	9	103	114	0	0	243	240	3	4	2296	2510
Santiago de Cali D.E.	21	24	349	465	0	0	1116	1083	38	35	5551	4539
Caquetá	6	4	63	66	0	0	193	216	5	8	823	733
Cartagena de Indias D.T.	53	28	264	300	1	0	326	418	4	7	1107	1406
Casanare	30	20	104	133	0	0	120	148	4	4	657	829
Cauca	16	10	136	164	0	1	225	212	2	1	2475	2521
Cesar	30	19	236	211	1	0	328	359	3	10	1491	1603
Chocó	37	25	179	154	0	0	172	182	2	1	330	403
Córdoba	20	16	223	203	2	0	210	246	5	2	2537	2591
Cundinamarca	49	28	284	354	0	0	398	512	11	12	10437	11228
Guainía	5	6	14	10	0	0	17	16	0	0	158	142
Guaviare	4	2	18	12	0	0	30	44	1	0	227	327
Huila	12	11	113	138	0	1	319	346	6	5	4489	4786
La Guajira	45	29	285	227	0	0	411	582	6	9	1024	1099
Magdalena	23	9	173	174	1	0	135	160	2	5	1034	1060
Meta	36	49	185	230	0	0	505	538	17	20	1862	1995
Nariño	10	10	164	172	0	1	139	199	4	6	3346	3761
Norte de Santander	66	26	363	322	0	0	548	684	11	11	2890	3135
Putumayo	4	6	69	66	0	1	83	93	3	1	1049	1261
Quindío	9	9	72	71	0	0	209	227	3	6	1952	1872
Risaralda	22	9	134	150	0	2	468	524	17	7	2716	2633
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	6	6	0	0	8	13	0	1	176	183
Santa Marta D.T.	14	11	93	158	0	0	204	257	3	2	510	465
Santander	48	20	318	341	0	0	825	1020	21	15	4716	5192
Sucre	12	12	149	127	0	2	77	75	1	2	1318	1331
Tolima	19	19	120	140	0	1	427	558	11	13	2387	2594
Valle del Cauca	28	20	238	313	0	0	544	763	15	19	5374	5334
Vaupés	1	2	3	5	0	0	15	20	0	0	221	335
Vichada	6	6	27	31	0	0	26	20	1	0	193	189
Total nacional	1.017	712	7.128	7.678	10	16	13.577	16.213	361	401	114.009	113.303



Semana epidemiológica 37

13 al 19 de septiembre de 2026

TEMA CENTRAL

Situación epidemiológica de la meningitis bacteriana aguda, Colombia

Directora General INS

Dra. Zulma Milena Cucunubá Pérez

Expertos temáticos

Claudia Marcella Huguett Aragón

Directora (E) de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Greace Alejandra Ávila Mellizo

Subdirectora de Vigilancia, Control y Prevención

Luis Carlos Gómez Ortega

Subdirector 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



Boletín Epidemiológico Semanal

Autor: tema central: Diana Lucero Rivera Gómez, Grupo de Enfermedades Prevenibles por Vacunación INS. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón, Viviana Carolina Moreno, Sandra Milena Rivera, Dora Mariela Callejas. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Natalí Paola Cortés, Germán Ernesto Torres, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Lady Alexandra Castillo Vargas, Andrea Rico Hernández, Helen del Carmen Peña. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Luis Carlos Gómez Ortega. **Corrector de estilo:** María Fernanda Campos Maya. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza Criollo.

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

53 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.37>