

Eventos priorizados en poblaciones de interés especial para la salud pública: etnias

Construyendo inteligencia territorial del riesgo: articulación intercultural para proteger la salud.

Semana
epidemiológica

04 al 10 de octubre de 2026

40

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



Pág.

	Tema central	3
Seguimiento a la notificación de eventos priorizados en poblaciones de interés especial para la salud pública, etnias, Colombia, 2026		
	Situación nacional	10
	Mortalidad	15
	Eventos trazadores	23
	Brotes y alertas	42
	Tablas de mando por departamento	48



TEMA CENTRAL

Seguimiento a la notificación de eventos priorizados en poblaciones de interés especial para la salud pública, etnias, Colombia, 2026

Alejandra Margarita Muñoz Suárez, ammunoz@ins.gov.co
Grupo de gestión del riesgo y respuesta inmediata

La vigilancia en salud pública de las poblaciones étnicas constituye un componente estratégico para reconocer situaciones que requieren atención prioritaria, identificar cambios en el comportamiento de los eventos de interés en salud pública y orientar acciones oportunas de prevención, control y respuesta. Sin embargo, la utilidad de esta información no depende únicamente del número de casos notificados, sino también de la capacidad para interpretar su distribución temporal, territorial y poblacional, así como de las condiciones que pueden influir en la detección el acceso a los servicios y el registro de los eventos (1,2).

En Colombia, los pueblos indígenas y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (NARP) constituyen grupos de especial interés para la salud pública debido a la diversidad de sus contextos territoriales, sus formas de organización social, sus prácticas culturales y sus relaciones con los sistemas de salud. En determinados territorios y comunidades pueden confluir condiciones como barreras geográficas y administrativas de acceso, dificultades en la disponibilidad y oportunidad de los servicios, inseguridad alimentaria, condiciones ambientales que favorecen la exposición a agentes infecciosos, movilidad poblacional y limitaciones en la infraestructura sanitaria. Estas condiciones pueden modificar la probabilidad de exposición a determinados riesgos, la oportunidad de detección de los eventos y la capacidad de respuesta, por lo que es necesario analizar la información epidemiológica desde un enfoque diferencial e intercultural, sin asumir que la pertenencia étnica constituye por sí misma un factor de riesgo ni que las diferencias observadas entre poblaciones responden a una única causa (1,3).

Desde el Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata (GGRRI) del Instituto Nacional de Salud (INS), el seguimiento de estas poblaciones busca integrar la información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), las señales identificadas mediante el Sistema de Alerta Temprana (SAT) y otras fuentes disponibles para reconocer situaciones que requieren verificación, análisis o gestión del riesgo. Este proceso se fortalece cuando la información institucional se complementa con las señales provenientes de la vigilancia basada en comunidad y el conocimiento de las autoridades, organizaciones y comunidades que conocen las dinámicas de sus territorios (5,6).

En este contexto, el presente análisis describe el comportamiento de los eventos priorizados en la población indígena y la población NARP durante 2026, comparada con la registrada durante el mismo periodo de 2023 a 2025 e identifica señales que requieren seguimiento. Asimismo, plantea la necesidad de avanzar hacia una vigilancia capaz de integrar la información epidemiológica, territorial desde un enfoque intercultural para apoyar la toma de decisiones en salud pública.

Se realizó un análisis descriptivo de la notificación de eventos de interés en salud pública en la población indígena y la población NARP, a partir de las bases de datos disponibles para el seguimiento epidemiológico. Se examinaron la distribución temporal de las notificaciones, su comportamiento por territorio y las características de las personas notificadas, según la disponibilidad y la calidad de las variables.

Para el análisis comparativo se consideró la información correspondiente a las semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2026 que se comparó con la registrada durante las mismas semanas epidemiológicas de 2023, 2024 y 2025. Se revisaron eventos priorizados dentro de la vigilancia rutinaria de estas poblaciones de acuerdo con su comportamiento epidemiológico, impacto potencial, vulnerabilidad de las poblaciones y utilidad para la identificación temprana de señales.

Se compararon los índices de notificación de los eventos de interés en salud pública priorizados, estandarizados con base 100 para cada una de las dos poblaciones analizadas. Se estimó el coeficiente de correlación (r) entre los índices correspondientes a ambas poblaciones para evaluar la concordancia en el comportamiento relativo de la notificación de los eventos seleccionados.

4

En la población indígena se analizaron los eventos priorizados por el GGRI para su seguimiento: malaria, dengue, desnutrición aguda en menores de cinco años, mortalidad en menores de cinco años por infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA) y desnutrición (DNT), leishmaniasis cutánea, tuberculosis, tos ferina, mortalidad materna, intento de suicidio y violencia de género e intrafamiliar. En la población NARP se analizaron, además, sífilis congénita y sífilis gestacional.

Se exploraron canales endémicos para malaria y dengue con el propósito de identificar desviaciones respecto del comportamiento histórico de estos eventos y explorar posibles correlaciones.

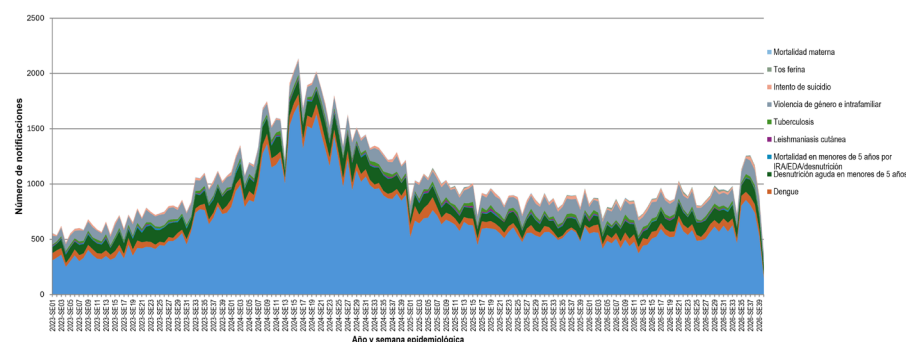
Los resultados corresponden a notificaciones registradas en el sistema de vigilancia y no necesariamente a casos confirmados. Las cifras pueden cambiar debido a los procesos de ajustes, depuración, clasificación y actualización de la información realizados por las entidades territoriales. Las comparaciones se interpretaron teniendo en cuenta la calidad, la oportunidad y la completitud de los registros, así como la disponibilidad de denominadores poblacionales adecuados para estimar tasas comparables.

La notificación muestra perfiles diferentes según el evento y la población. El seguimiento de los eventos priorizados permite reconocer que las necesidades de

vigilancia no son homogéneas y que el análisis epidemiológico debe considerar el tipo de evento, la edad, el sexo y el territorio en el que se presenta.

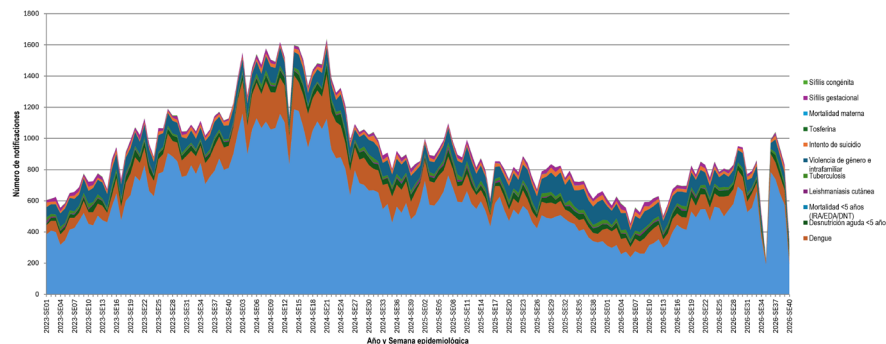
La figura 1 y 2 muestran la notificación de eventos priorizados por semana epidemiológica de 2023 a la semana epidemiológica 40 de 2026 en población indígena y NARP. En la población indígena, la malaria, el dengue, la desnutrición aguda en menores de cinco años y la violencia de género e intrafamiliar fueron los eventos más notificados, lo que evidencia su relevancia para el seguimiento epidemiológico. Estos eventos requieren enfoques de vigilancia diferenciados: mientras las enfermedades transmitidas por vectores requieren del análisis de la dinámica temporal y territorial de la transmisión, la desnutrición y la mortalidad en la primera infancia requieren considerar las condiciones que pueden afectar el acceso oportuno a la atención y la continuidad del cuidado.

Figura 1. Notificación semanal de eventos priorizados en la población indígena, Colombia, semanas epidemiológicas 1 a 40 de 2023 a 2026p



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

Figura 2. Notificación semanal de eventos priorizados en la población NARP, Colombia, semanas epidemiológicas 1 a 40 de 2023 a 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2023-2026p
NARP: comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, p: datos preliminares

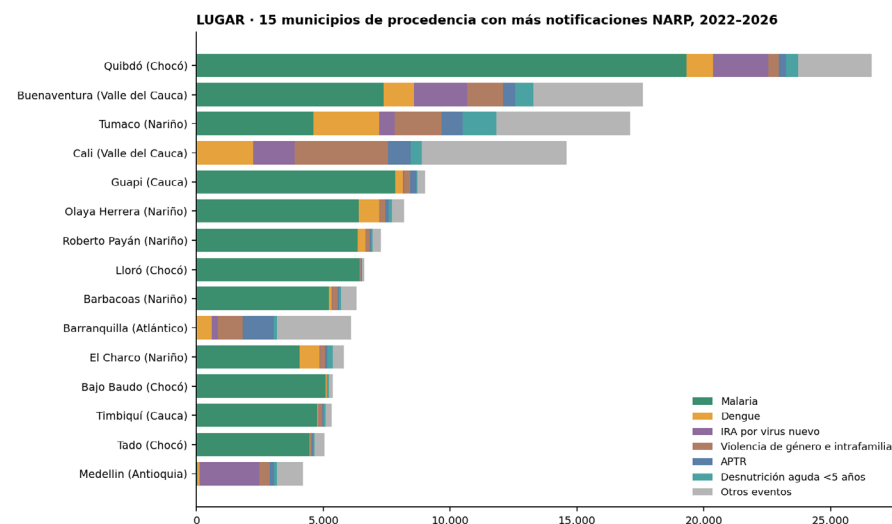
Por su parte, el análisis de la notificación de la tuberculosis, la violencia de género e intrafamiliar y el intento de suicidio pone de manifiesto la necesidad de examinar estos eventos según el curso de vida y el sexo, sin limitar su interpretación a los datos agregados. La caracterización epidemiológica permite orientar preguntas de seguimiento, aunque no explica por sí sola las causas de los patrones observados.

La distribución territorial de las notificaciones en población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera (NARP) durante 2022-2026 evidencia una concentración en determinados municipios, con predominio de Quibdó (Chocó), seguido de Buenaventura (Valle del Cauca), Tumaco (Nariño) y Santiago de Cali (Valle del Cauca). La malaria constituye el principal componente de las notificaciones en Quibdó, Buenaventura y Tumaco, mientras que en Santiago de Cali se observa una participación importante de otros eventos, entre ellos dengue y violencia de género e intrafamiliar. También se destacan municipios como Guapi, Olaya Herrera, Roberto Payán, Lloró y Barbacoas, lo que refleja la relevancia de los territorios del Pacífico colombiano en el comportamiento observado (figura 3).

Esta distribución debe interpretarse considerando las particularidades epidemiológicas, sociales y ambientales de cada territorio, así como las condiciones de acceso a los servicios de salud y las capacidades de vigilancia y respuesta. Los datos representan notificaciones acumuladas, no tasas de incidencia ni estimaciones del riesgo individual, por lo que las diferencias entre municipios deben analizarse

teniendo en cuenta el tamaño poblacional, la composición de los eventos y las características de la vigilancia.

Figura 3. Municipios de procedencia, con mayor número de notificaciones, de los eventos priorizados en población NARP, Colombia, 2022 a 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2022-2026p
NARP: comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, p: datos preliminares

La comparación entre población indígena y NARP también requiere considerar que sus distribuciones territoriales y perfiles de notificación pueden ser diferentes. Por ello, las diferencias en los conteos no deben interpretarse automáticamente como diferencias equivalentes en el riesgo: para realizar comparaciones válidas es necesario contar con denominadores apropiados y evaluar las condiciones de captación de cada población.

Entre los hallazgos de mayor relevancia se encuentra el incremento de las notificaciones de tos ferina en población indígena. Entre las semanas epidemiológicas 01 y 40 se registraron 288 notificaciones en 2026, frente a 111 durante las mismas semanas epidemiológicas de 2025, lo que representa un aumento del 159,5 % en el número de casos notificados.

La distribución por edad refuerza la importancia de mantener el seguimiento: en 2026, aproximadamente el 75,3 % de las notificaciones correspondió a menores de cinco años y el 40,3 % a menores de un año. Esta concentración hace necesario

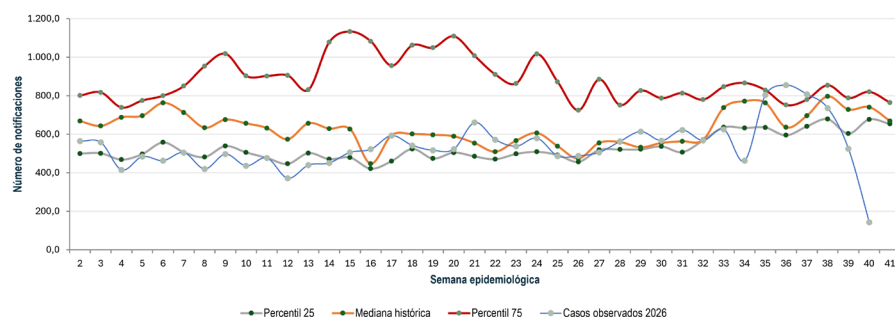
priorizar la verificación de los registros, la clasificación de los casos y el análisis territorial, con especial atención a los grupos de menor edad.

Entre los departamentos con mayor número de notificaciones se encuentran Boyacá, Santander, Antioquia, Chocó, Vaupés y Cauca. Además, una proporción importante de los registros se ubica en áreas rurales dispersas, lo que plantea la necesidad de revisar las condiciones de acceso, la oportunidad de la detección y la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

El incremento constituye una señal epidemiológica que requiere seguimiento y no debe interpretarse, por sí solo, como evidencia de un aumento equivalente de casos confirmados o de transmisión en todos los territorios. La evaluación debe integrar la verificación de la información, el estado de los brotes, la caracterización de los casos y el análisis de las acciones de vigilancia y respuesta.

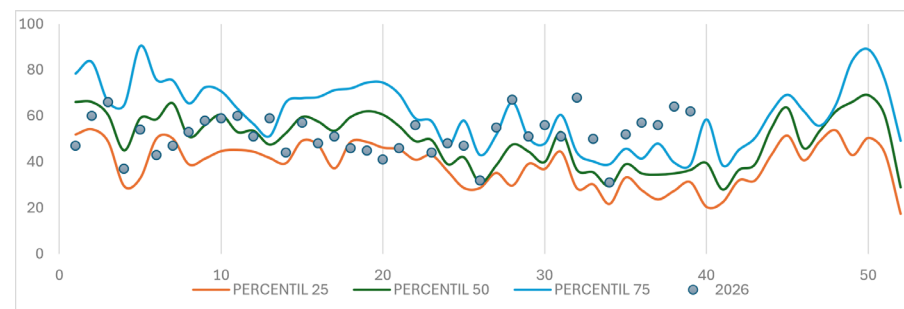
Los canales endémicos de malaria y dengue permiten comparar la notificación observada con el comportamiento histórico e identificar periodos epidemiológicos con desviaciones respecto a los límites esperados. En la población indígena, la malaria presentó en 2026 varios periodos epidemiológicos por encima de los percentiles históricos (2022 - 2025) e incluso algunos superaron el umbral de alerta (figura 4), tal como se presentó en 2024, en donde el comportamiento de la malaria superó el umbral esperado histórico, atribuido en ese momento a efectos de la intensificación del fenómeno El Niño. En dengue también se identificaron periodos por encima de los valores de referencia. Cabe anotar que el descenso observado en las últimas semanas epidemiológicas podría estar relacionado con datos preliminares sujetos a actualización (figura 5).

Figura 4. Canal endémico de la malaria, población indígena, Colombia, 2026p



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

Figura 5. Canal endémico de dengue, población indígena, Colombia, 2026p

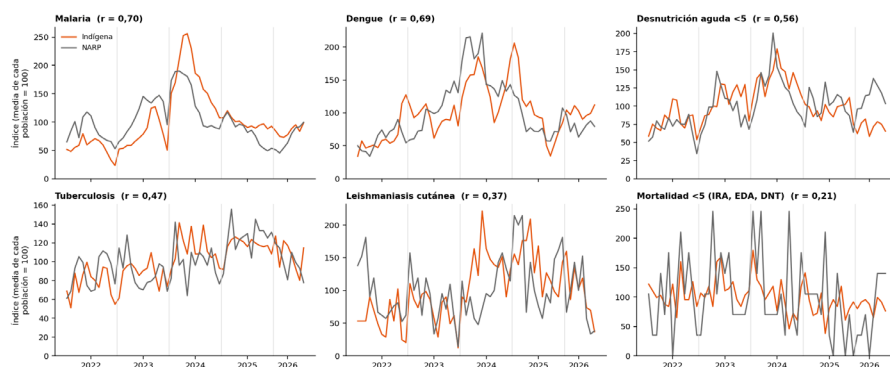


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2026p
p: preliminar

Con el fin de evaluar si la similitud observada en el comportamiento de las notificaciones entre las poblaciones indígena y NARP correspondía a una asociación estadística, se compararon las tendencias de notificación de seis eventos priorizados durante el periodo analizado: malaria, dengue, desnutrición aguda, tuberculosis, leishmaniasis cutánea, y mortalidad en menores de 5 años por IRA, EDA y DNT. En el análisis se obtuvo un coeficiente de correlación (r) de 0,78. Por evento, los coeficientes fueron de 0,70 para malaria, 0,69 para dengue, 0,56 para desnutrición aguda, 0,47 para tuberculosis, 0,37 para leishmaniasis cutánea y 0,21 para mortalidad en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT (con un número reducido de casos) (figura 6).

Figura 6. Correlación de la tendencia de seis eventos priorizados en población indígena vs población NARP, Colombia, 2022 a semana epidemiológica 40 de 2026p

Forma de la tendencia por evento: indígena vs NARP, por período epidemiológico



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2026p
NARP: comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, p: datos preliminares

La comparación entre población indígena y NARP evidencia, además, que la interpretación de las señales debe considerar el contexto territorial. Las diferencias observadas pueden relacionarse con dinámicas epidemiológicas distintas, pero también con variaciones en la oportunidad y completitud del registro. Por tanto, los resultados deben utilizarse para orientar la verificación y no para atribuir causas sin evidencia adicional.

En la población NARP, la violencia de género e intrafamiliar registró 21.037 notificaciones, con una mediana de edad de 20 años, mientras que los intentos de suicidio sumaron 4.880 casos, con una mediana de 20 años. La tuberculosis registró 3.950 notificaciones, con una mediana de edad de 33 años. En la población indígena, la distribución por edad y sexo mostró diferencias entre los eventos priorizados, con predominio de notificaciones en mujeres para violencia de género e intrafamiliar e intento de suicidio, y mayor concentración de tuberculosis en población adulta.

De la señal epidemiológica a la interpretación intercultural

La identificación de cambios en las notificaciones es un primer paso en la gestión del riesgo, pero no siempre permite establecer qué está ocurriendo en el territorio. Un aumento puede relacionarse con cambios en la transmisión, una mayor detección o modificaciones en el acceso a los servicios; una disminución

puede reflejar un cambio epidemiológico real o dificultades en la captación y el registro. Estas posibilidades deben evaluarse y no asumirse como explicaciones confirmadas.

En este proceso, el diálogo con las autoridades, organizaciones y comunidades étnicas permite incorporar información sobre movilidad, prácticas de cuidado, barreras de acceso, condiciones ambientales y otras dinámicas locales que pueden contribuir a interpretar las señales. Para los pueblos indígenas, la articulación debe reconocer el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), así como sus autoridades y formas propias de organización y cuidado. En las comunidades NARP, la participación comunitaria, los saberes ancestrales y las prácticas tradicionales deben incorporarse con respeto por sus particularidades organizativas y culturales.

La vigilancia basada en comunidad y la vigilancia basada en indicadores son complementarias. La primera puede aportar señales y contexto que no siempre están presentes en los registros institucionales; la segunda permite describir tendencias, comparar periodos y reconocer comportamientos inusuales. Su articulación fortalece la capacidad de verificar, valorar y gestionar los riesgos. Sin embargo, es necesario interpretar las señales provenientes de la comunidad para determinar su pertinencia e incorporación al Sistema de Alerta Temprana (SAT). El mapa de evidencias sobre interculturalidad en salud, publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en 2025¹, constituye un referente para avanzar hacia una gestión del riesgo en salud pública que reconozca la diversidad cultural y territorial de las poblaciones étnicas. Esta publicación sistematiza estrategias relacionadas con las adecuaciones socioculturales de los servicios, la participación comunitaria, la formación intercultural del talento humano y el diálogo entre los saberes y las prácticas tradicionales y la atención institucional. Asimismo, identifica vacíos de información y la necesidad de fortalecer la documentación y la evaluación de las experiencias existentes.

En el contexto de la vigilancia en salud pública, estos aportes resaltan la importancia de complementar los datos epidemiológicos con el conocimiento de las comunidades sobre sus territorios, prácticas de cuidado y condiciones de vida. Para el seguimiento desarrollado por el GGRRI, incorporar esta perspectiva implica interpretar las señales epidemiológicas en su contexto, reconocer las barreras que pueden afectar la detección y atención oportuna de los eventos y fortalecer la articulación entre las comunidades, los equipos territoriales y las instancias institucionales de vigilancia y respuesta. De esta manera, la

[1] <https://www.bvscolombia.org/mapa-de-evidencias-interculturalidad-en-salud/>

interculturalidad contribuye a que la información se transforme en decisiones más pertinentes, oportunas y acordes con las necesidades de cada población.

Los resultados evidencian la utilidad de mantener un seguimiento sistemático de los eventos priorizados en las poblaciones indígena y NARP. La comparación temporal permite identificar cambios relevantes, como el incremento de las notificaciones de tos ferina en la población indígena, mientras que el análisis por edad, sexo y territorio permite identificar los grupos y lugares que requieren verificación y seguimiento.

Sin embargo, el volumen de notificaciones no debe considerarse una medida directa del riesgo sin examinar los denominadores poblacionales, la oportunidad de la vigilancia y las condiciones de captación. Esta precaución es especialmente importante al comparar poblaciones con distribuciones territoriales distintas y posibles diferencias en el acceso a los servicios.

Los canales endémicos permiten identificar desviaciones respecto al comportamiento histórico, la influencia de la línea de base en sus resultados requiere explicitar los criterios utilizados y validar los hallazgos con los responsables de la vigilancia. Las señales estadísticas deben interpretarse junto con el conocimiento epidemiológico y territorial, y no como evidencia suficiente de causalidad.

Otra consideración importante es la calidad de la información. Las limitaciones en la completitud de las variables, la clasificación de los casos, la consistencia de las extracciones y la disponibilidad de denominadores pueden afectar la precisión de las comparaciones. Por ello, la verificación y la depuración de las bases de datos deben formar parte del proceso analítico y no limitarse a una actividad posterior a la difusión de resultados.

Finalmente, el enfoque intercultural no consiste únicamente en desagregar las cifras por pertenencia étnica. Implica reconocer que las señales epidemiológicas adquieren mayor significado cuando se interpretan en relación con el territorio y mediante el diálogo con quienes conocen sus dinámicas. Este enfoque contribuye a evitar interpretaciones simplificadas y a fortalecer la pertinencia de las decisiones de salud pública.

Conclusiones

A la semana epidemiológica 40 de 2026, el principal hallazgo fue el incremento del 159,5 % en las notificaciones de tos ferina en población indígena frente al mismo periodo de 2025, con 288 notificaciones; el 75,3 % correspondió a menores de cinco años y el 40,3 % a menores de un año. Este comportamiento prioriza la verificación de los casos, la caracterización territorial y el seguimiento de las acciones de vigilancia y respuesta, especialmente en la primera infancia. Los canales endémicos identificaron periodos de notificación de malaria y dengue por encima de los valores históricos de referencia en población indígena. Asimismo, el análisis comparativo mostró perfiles de notificación diferentes entre las poblaciones y concentración territorial de eventos en municipios del Pacífico colombiano para la población NARP. Estos hallazgos orientan el seguimiento hacia los eventos y territorios señalados, considerando que las notificaciones preliminares y las diferencias en la captación limitan la interpretación del riesgo. En conjunto, los resultados muestran que la vigilancia de las poblaciones indígenas y NARP requiere priorizar las señales según el evento, la edad y el territorio, y verificar su significado epidemiológico antes de definir medidas de respuesta. La integración de los registros de Sivigila con la información territorial y comunitaria puede contribuir a identificar oportunamente situaciones que requieren intervención y a orientar decisiones acordes con las características de cada población.

El enfoque intercultural permite enriquecer la interpretación de las señales, reconocer las capacidades comunitarias y orientar respuestas institucionales más pertinentes. El desafío consiste en avanzar desde la identificación de diferencias en la notificación hacia una comprensión contextualizada de los escenarios de riesgo que contribuya a prevenir eventos, reducir inequidades y mejorar la oportunidad de la respuesta en salud pública (2,4).

Recomendaciones

A las instituciones, autoridades y organizaciones que participan, de acuerdo con sus competencias, en la vigilancia, prevención y atención en salud de las poblaciones indígena y NARP, se recomienda:

- Fortalecer la articulación intercultural en el proceso de gestión del riesgo mediante mecanismos permanentes de diálogo e intercambio de información con las autoridades étnicas, los referentes territoriales y los actores comunitarios, en coordinación con las estrategias de vigilancia basada en comunidad y el SAT del INS.

- Mejorar la calidad, completitud y consistencia de las variables de pertenencia étnica, edad, sexo, área de residencia y territorio, así como la trazabilidad de las actualizaciones de las bases.
- Promover análisis que integren la información epidemiológica con fuentes territoriales y comunitarias, respetando las particularidades organizativas y culturales de cada pueblo y comunidad.
- Fortalecer la articulación entre Sivigila, SAT, entidades territoriales y actores comunitarios, con mecanismos de retroalimentación que permitan comunicar las señales, documentar su verificación y hacer seguimiento a las acciones adoptadas.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2022 [citado 2026 oct 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031-may2022.pdf>
2. Instituto Nacional de Salud. Seguimiento a poblaciones de interés especial: grupos étnicos. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 41, 5–11 oct 2025 [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 2026 oct 15]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/2025-boletin-epidemiologico-semana-41.pdf>
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018: información técnica y resultados de grupos étnicos [Internet]. Bogotá: DANE; 2019 [citado 2026 oct 15]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018/informacion-tecnica>
4. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: tos ferina. Versión 5 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [citado 2026 oct 15]. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/KWIE3595>
5. Instituto Nacional de Salud. Caja de herramientas para la gestión del riesgo colectivo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública [Internet]. Bogotá: INS; 2022 [citado 2026 oct 15]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/libro-manuales-gestion-de-riesgo-web.pdf>
6. Instituto Nacional de Salud. Manual 1.2 de Vigilancia Comunitaria: Sistema de Alerta Temprana–Vigilancia Basada en Comunidad. Fases de implementación. Bogotá: INS; 2023. ISSN: 2954–6060.

SITUACIÓN NACIONAL

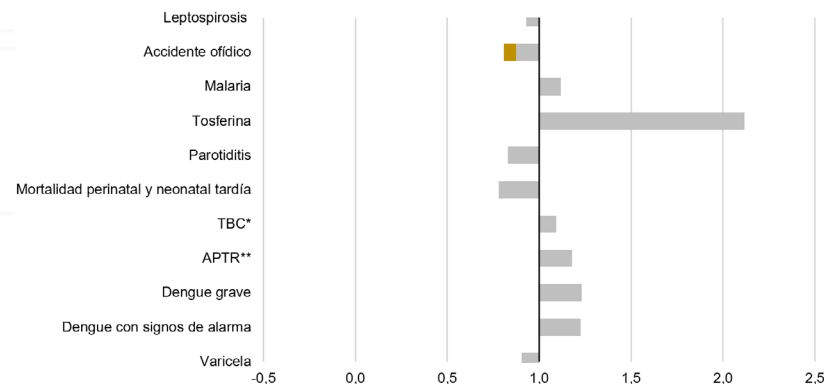
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 40 de 2026, 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 7).

Figura 7. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 40 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 40 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	150769	149973	0,22	0,83

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 40 del 2026, el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado, mientras que 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 40 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	5	1	0,01
Leishmaniasis cutánea	5	74	0,00
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,45
Chikunguña	1	1	0,36
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	1	0,30
Lepra	4	7	0,08

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

Para esta semana, la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 40 de 2025. Para esta semana, el país cumplió con la meta para este nivel de información.

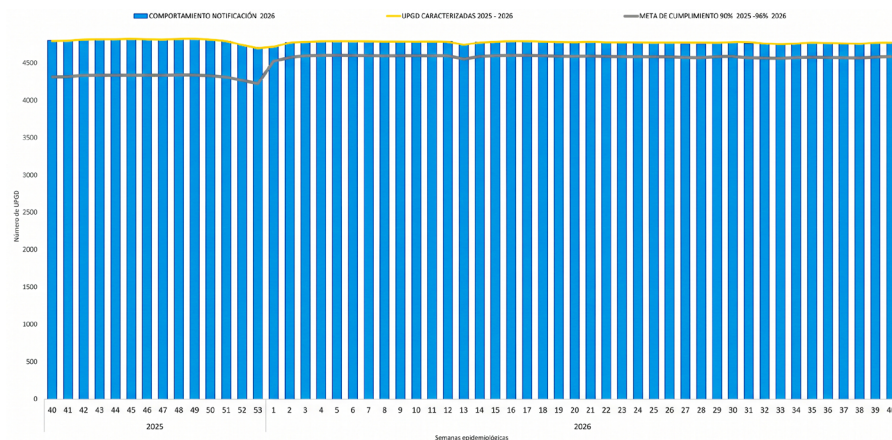
El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 123 de 1 123 UNM), manteniendo el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 40 de 2025. El país cumplió con la meta establecida para este nivel de información que es como mínimo del 98,0 %.

El cumplimiento de las UPGD esta semana epidemiológica fue del 100,0 % (4 769 / 4 769); observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la 40 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 4 578 UPGD en la semana analizada (figura 8).

11

Figura 8. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 40 de 2026



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

Cumplimiento en la notificación de las 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.

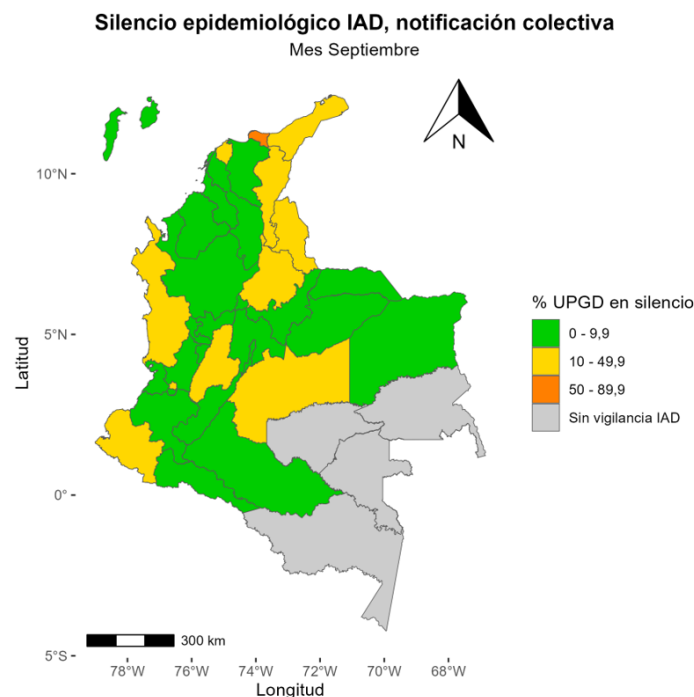
Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos

Durante septiembre de 2026 se identificaron 446 UPGD activas en el sistema nacional de vigilancia de IAD. De estas, 44 UPGD presentaron silencio epidemiológico, lo que correspondió a una proporción nacional del 9,9 %. Este resultado se ubicó por debajo del valor de referencia establecido para el indicador (<10,0 %), aunque se encuentra próximo al límite, por lo que se requiere mantener el seguimiento para garantizar el cumplimiento de la meta nacional.

Al analizar el indicador por entidad territorial, las mayores proporciones de silencio epidemiológico se observaron en Santa Marta, con 57,1 % (8/14 UPGD); Tolima, con 36,8% (7/19); Santander, con 35,3 % (6/17); Chocó, con 33,3 % (1/3); Meta, con 25,0 % (2/8); y Cesar, con 20,0 % (4/20). También se registraron proporciones superiores al 10,0 % en Santiago de Cali, con 16,0 % (4/25); Nariño, con 12,5 % (2/16); Atlántico, con 11,1 % (1/9); y Norte de Santander, con 11,1 % (1/9). Por su parte, La Guajira presentó una proporción del 10,0 % (1/10). Las demás entidades territoriales registraron proporciones inferiores al 10,0 % o no presentaron UPGD en silencio epidemiológico durante el periodo analizado.

En el ámbito nacional, el comportamiento del indicador durante septiembre evidencia una proporción de silencio epidemiológico cercana al umbral de referencia del 10,0 %. Aunque el resultado nacional se mantiene dentro de la meta establecida, la variabilidad entre las entidades territoriales refleja diferencias en la continuidad de la notificación. En consecuencia, se recomienda priorizar el seguimiento a las entidades con mayores proporciones de silencio, identificar oportunamente las UPGD con interrupciones en la notificación y fortalecer las acciones de asistencia técnica y acompañamiento territorial para favorecer la oportunidad y continuidad del reporte en Sivigila (mapa 1).

Mapa 1. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos, Colombia, septiembre, 2026



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

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

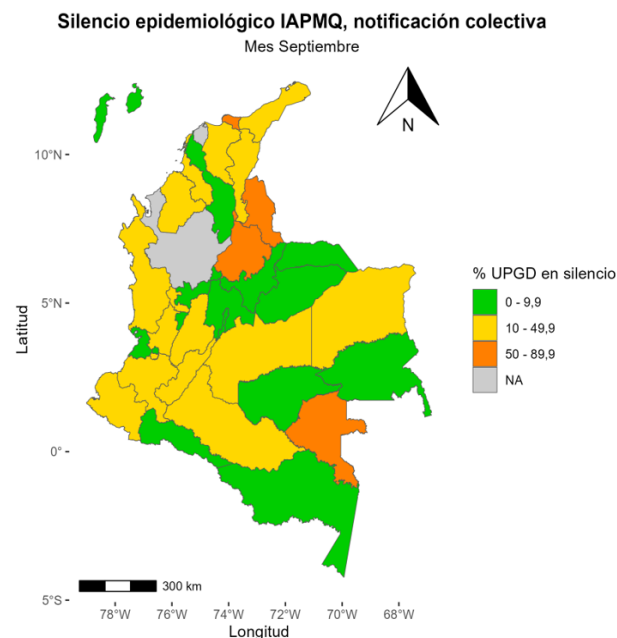
Durante septiembre de 2026, en el marco de la vigilancia de las IAPMQ en el Sivigila, se registraron 1 312 unidades primarias generadoras de datos (UPGD), de las cuales 276 no notificaron durante el periodo, lo que corresponde a una proporción nacional de silencio epidemiológico del 21,0 %. Este resultado supera la meta nacional establecida, inferior al 10,0 %, y evidencia la necesidad de fortalecer la continuidad de la notificación, dado que el silencio epidemiológico puede afectar la oportunidad, la cobertura y la representatividad de la información disponible para el análisis del evento.

A nivel territorial, Santa Marta presentó la mayor proporción de silencio epidemiológico, con 76,0 % (19/25 UPGD), seguida de Norte de Santander, con 68,8 % (44/64); Santander, con 60,3 % (35/58); Vaupés, con 50,0 % (2/4); y Chocó, con 38,7 % (12/31). También se identificaron proporciones elevadas en Tolima, con 37,0 % (20/54); Sucre, con 34,4 % (11/32); Nariño, con 31,3 % (15/48); Valle del Cauca, con 27,5 % (14/51); Cesar, con 26,8 % (11/41); Caquetá, con 26,1 % (6/23); Cauca, con 24,5 % (13/53); Meta, con 24,4 % (10/41); Risaralda, con 22,7 % (5/22); Magdalena, con 19,6 % (9/46); La Guajira, con 18,5 % (5/27); Atlántico, con 17,6 % (6/34); Huila, con 16,7 % (4/24); y Cartagena, con 11,5 % (3/26). Estas entidades territoriales requieren seguimiento prioritario para identificar las causas de la falta de notificación e implementar acciones correctivas.

Por otra parte, 17 de las 38 entidades territoriales incluidas en la tabla registraron proporciones de silencio epidemiológico inferiores al 10,0 %. De estas, nueve no presentaron silencio epidemiológico: Arauca, San Andrés, Boyacá, Buenaventura, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo y Amazonas. Las ocho restantes registraron porcentajes inferiores al umbral: Bogotá, D. C. (3,8 %); Santiago de Cali (3,2 %); Quindío (7,7 %); Antioquia (5,0 %); Caldas (2,3 %); Cundinamarca (4,1 %); Barranquilla (2,9 %) y Bolívar (2,4 %).

En conclusión, durante septiembre de 2026, la proporción nacional de silencio epidemiológico de las IAPMQ se ubicó en 21,0 %, más del doble del umbral de referencia del 10,0 %. Este comportamiento evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento a las UPGD, priorizar las entidades territoriales con mayores proporciones de silencio y reforzar las acciones de asistencia técnica y acompañamiento. Estas medidas contribuirán a mejorar la oportunidad, continuidad y calidad de la notificación en Sivigila, favoreciendo la disponibilidad de información más completa y representativa para la vigilancia epidemiológica de las IAPMQ (mapa 2).

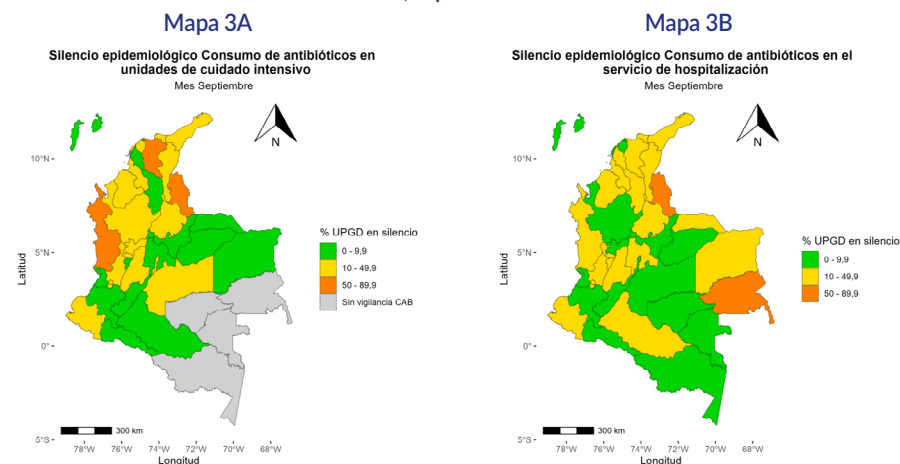
Mapa 2. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos, Colombia, septiembre del 2026



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

Se evidenció un comportamiento similar en el cumplimiento en la notificación de UCI con el 38,2 % de entidades territoriales en 100,0 % y hospitalización, una disminución con el 23,6% 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 UPGD, la asistencia técnica y el monitoreo de oportunidad y calidad del dato, en cumplimiento del protocolo nacional, para reducir el silencio epidemiológico.

Mapa 3. Cumplimiento de la notificación consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, Colombia, septiembre del 2026



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

Cumplimiento de la notificación consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

Durante septiembre de 2026 la notificación del evento 354, Consumo de Antibióticos (CAB), en UCI adulto alcanzó un cumplimiento del 83,1 % (363/437 UPGD), por encima de la meta nacional (<10 % de silencio). Se identifican territorios con incumplimiento: Chocó con el 66,7 %, Magdalena con el 50,0 %, Norte de Santander con el 50,0 %, Santander con el 47,1 %, Tolima con el 36,8 %, Córdoba con el 33,3 %, Meta con el 33,3 %, y La Guajira con el 30,0 % (mapa 3A).

Para hospitalización, el cumplimiento fue de 82,7 % (918/1110 UPGD), similar al observado en UCI adulto. Se destacan cinco entidades con $\geq 40,0$ % de silencio: Norte de Santander con el 71,4 %, Guainía con el 50,0 %, Córdoba con el 49,3 %, y Santander con el 43,1 % y Caquetá con el 40,9 %. Diez entidades territoriales se encuentran con cumplimiento con el 100,0 % (mapa 3B)



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 40 del 2026, se han notificado 516 muertes probables en menores de cinco años, ocho (8) casos de infección respiratoria aguda (IRA), cinco (5) de desnutrición aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 502 casos notificados de residentes en Colombia, 316 fueron por IRA, 103 por desnutrición (DNT) aguda y 83 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 204 fueron confirmados, 85 descartados y 213 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 40 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 40 2026			Casos en estudio a SE 40 2026			Tasa a SE 40 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	54	112	38	40	140	33	1,48	3,08	1,04
Amazonas	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	5	10	1	3	16	3	1,20	2,39	0,24
Arauca	0	0	1	0	2	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	3	0	1,24	6,18	1,24
Bogotá, D.C.	0	12	0	1	15	2	0,00	2,83	0,00
Bolívar	2	7	0	1	4	1	1,83	6,40	0,00
Boyacá	0	3	0	1	0	0	0,00	3,60	0,00
Buenaventura	0	0	0	2	3	3	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	1	0	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	1	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	5	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	7	7	2	3	3	1	5,22	5,22	1,49
Chocó	14	13	8	6	21	5	21,64	20,09	12,36
Córdoba	1	8	0	0	6	1	0,59	4,73	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	4	0	0,00	0,88	0,00
Guainía	0	0	0	1	0	0	0,00	0,00	0,00
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Huila	0	2	1	0	2	0	0,00	1,89	0,95
La Guajira	14	9	7	11	17	9	12,55	8,06	6,27
Magdalena	1	3	3	2	4	1	1,11	3,34	3,34
Meta	2	5	1	0	4	0	2,35	5,87	1,17
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	12	0	0,00	3,39	3,39
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	1	0	1	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	1	0	0,00	1,15	1,15
Tolima	0	2	1	1	4	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	3	2	2	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 40 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 40 del 2026 se han notificado 316 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 64 confirmadas por laboratorio, 48 confirmadas por clínica, 64 descartadas y 140 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,08 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 40 fueron 239, para una tasa de mortalidad de 6,48 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 40 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Chocó, Guainía, La Guajira, Meta, Risaralda, Santander y Valle del Cauca, a nivel municipal, en Dabeiba, Necoclí, Valledupar, Alto Baudó, 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 40 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 40, 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	13	2	7	1	0	23	13	4	3	2	2	24
Bordetella pertussis	12	0	0	0	0	12	14	1	0	0	0	15
Enterovirus	13	1	4	1	0	19	6	3	2	2	2	15
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	6	2	2	1	0	11	4	2	1	1	2	10
Haemophilus influenzae B	9	4	0	1	0	14	4	2	0	1	1	8
Virus sincitial respiratorio	14	2	3	0	0	19	8	0	0	0	0	8
Metapneumovirus	3	0	0	0	0	3	2	1	3	0	0	6
Moraxella catarrhalis	4	3	1	0	0	8	2	1	0	0	1	4
Pseudomonas aeruginosa	2	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	4
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
SARS-CoV2	6	1	0	1	0	8	2	0	0	0	0	2
Influenza A	7	0	2	1	0	10	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
Enterobacter cloacae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	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	112	20	23	7	1	163	70	18	12	10	11	121

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 40 de 2026 se han notificado 103 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 54 confirmadas, nueve (9) descartadas y 40 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,48 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 40 fue de 134, para una tasa de mortalidad de 3,63 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 40 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, Caquetá, Chocó, Córdoba, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander y Risaralda y, a nivel municipal, en Quibdó, Bagadó, Medio Baudó, Tadó, Riohacha, Maicao y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 40 de 2026 se han notificado 83 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 35 confirmadas por clínica, tres (3) confirmadas por laboratorio, 12 descartadas y 33 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,04 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 40 fue de 64 para una tasa de mortalidad de 1,74 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 40 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de Buenaventura, Chocó, Magdalena y Risaralda y, a nivel municipal, en Bagadó, Bojayá, Uribe, Prado y Bolívar. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

17

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 40, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	189	121	62	372
2024	159	102	37	298
2025	142	114	44	300
2026p	104	97	39	240

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 40 de 2026 fue de 30,4 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 42,2 muertes por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2025. 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, como en Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, 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 Tauramena (Casanare), 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 40 de 2026, el 60,6 % corresponde a causas directas y el 28,8 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 18,3 % (tabla 8).

En la semana epidemiológica 40 de 2026 se notificaron al Sivigila ocho (8) casos: dos (2) muertes maternas tempranas, cinco (5) muertes maternas tardías y una (1) muerte materna coincidente. El país acumula 109 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 104 residen en territorio colombiano y cinco (5) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 6. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 40 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 40	Acumulado de casos a SE 40		Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos a SE 40	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	174	142	104	42,2	30,4
Chocó	10	6	7	128,3	161,5
Vichada	3	1	1	99,3	98,6
Caquetá	2	1	3	27,5	85,7
Casanare	2	4	3	110,7	85,4
La Guajira	16	15	11	112,9	85,1
Magdalena	6	4	5	56,1	71,6
Quindío	1	1	2	34,1	67,0
Tolima	4	3	5	34,2	55,5
Risaralda	3	3	3	54,9	51,9
Buenaventura	2	1	1	51,0	51,4
Sucre	3	1	3	14,1	44,1
Nariño	8	6	4	67,0	43,4
Cartagena de Indias	5	1	4	10,8	43,3
Cauca	6	1	4	10,8	42,7
Santa Marta	3	2	2	42,9	41,7
Putumayo	2	1	1	37,7	36,8
Cesar	9	13	4	115,0	35,7
Antioquia	15	13	12	32,5	29,2
Cundinamarca	8	7	6	33,8	28,3
Bogotá, D.C.	15	14	12	32,0	26,6
Boyacá	3	2	2	26,3	25,7
Huila	3	2	2	20,2	19,9
Córdoba	7	4	2	30,7	15,4
Meta	4	1	1	11,4	11,0
Bolívar	6	5	1	54,8	10,9
Atlántico	6	5	1	53,5	10,1
Valle del Cauca	2	2	1	19,2	9,3
Santiago de Cali	4	4	1	30,7	7,7
Amazonas	0	0	0	0,0	0,0
Arauca	1	0	0	0,0	0,0
Barranquilla	5	4	0	39,0	0,0
Caldas	1	0	0	0,0	0,0
Guainia	1	3	0	517,2	0,0
Norte de Santander	6	7	0	61,0	0,0
Santander	4	5	0	34,6	0,0

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

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 40 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 40	Valor observado SE 40
Colombia	174	104
Tauramena (Casanare)	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 40 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 40	Número de casos y proporción a SE 40 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	151	159	100	142	100	104	100
DIRECTA	96	103	64,8	88	62,0	63	60,6
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	32	32	20,1	31	21,8	19	18,3
Hemorragia obstétrica	28	32	20,1	24	16,9	14	13,5
Evento tromboembólico como causa básica	9	8	5,0	9	6,3	9	8,7
Sepsis obstétrica	8	8	5,0	8	5,6	7	6,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	7	6	3,8	7	4,9	5	4,8
Embarazo ectópico	7	7	4,4	7	4,9	3	2,9
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	0,6	0	0,0	2	1,9
Embolia de líquido amniótico	2	4	2,5	0	0,0	1	1,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,9	2	1,4	1	1,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,6	0	0,0	1	1,0
Otras causas directas	1	1	0,6	0	0,0	1	1,0
INDIRECTA	53	53	33,3	52	36,6	30	28,8
Otras causas indirectas	19	22	13,8	16	11,3	16	15,4
Otras causas indirectas: neumonía	12	6	3,8	17	12,0	7	6,7
Sepsis no obstétrica	8	7	4,4	8	5,6	3	2,9
Otras causas indirectas: cáncer	7	8	5,0	6	4,2	3	2,9
Otras causas indirectas: dengue	2	4	2,5	0	0,0	1	1,0
Otras causas indirectas: malaria	2	0	0,0	3	2,1	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	4	2,5	2	1,4	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por COVID 19	1	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	1	0,6	1	0,7	0	0,0
En estudio	2	2	1,3	1	0,7	11	10,6

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.

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

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia ($n \leq 30$ 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 40 del 2026 se han notificado 4 716 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 669 corresponden a residentes en Colombia y 47 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,6 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Antioquia, Bogotá, D.C., Cundinamarca, La Guajira y Santiago de Cali. Las razones más altas se observaron en Vichada, Chocó, Guainía, Buenaventura y Amazonas. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el

2025, con corte a semana epidemiológica 40 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Vaupés, San Andrés y Providencia y 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), Segovia (Antioquia) Alto Baudó (Chocó), La Estrella (Antioquia), Calamar (Bolívar), Maní (Casanare), Puerto López (Meta), Guamo (Tolima), Peñol (Antioquia), El Litoral del San Juan (Chocó), Roberto Payán (Nariño), Giraldo (Antioquia), Cicuco (Bolívar), Paipa (Boyacá), Bahía Solano (Chocó), Tolú Viejo (Sucre), La Unión (Sucre), Juradó (Chocó), Tesalia (Huila), La Tola (Nariño), Paz de Río (Boyacá), Marulanda (Caldas), Jerusalén (Cundinamarca) y Salento (Quindío) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,5 %, seguido de neonatales tempranas con 27,6 %, neonatales tardías con 18,4 %, y las fetales intraparto con 11,6 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,7 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 14,8 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 40 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 40 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 40	Acumulado de casos a SE 40		Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	5 735	4 366	4 669	13,4	13,6
Vichada	29	26	32	26,7	31,6
Chocó	139	85	114	18,8	26,3
Guainía	14	11	16	19,6	24,9
Buenaventura	60	58	42	30,7	21,6
Amazonas	14	15	13	26,8	21,6
La Guajira	306	202	223	15,9	17,2
Bolívar	170	125	155	14,2	16,8
Cauca	189	138	154	15,4	16,5
Sucre	138	79	110	11,6	16,2
Arauca	47	27	40	12,7	16,0
Vaupés	11	9	6	22,7	16,0
Santiago de Cali	231	210	202	16,7	15,6
Córdoba	293	193	198	15,3	15,2
Cesar	204	156	169	14,3	15,1
Antioquia	648	513	591	13,3	14,4
Quindío	45	33	42	11,6	14,1
Barranquilla	210	141	152	14,3	14,0
Santa Marta	72	48	67	10,8	14,0
Magdalena	142	108	96	15,7	13,8
Risaralda	80	57	79	10,8	13,7
Nariño	153	147	124	17,0	13,5
Caldas	74	61	59	14,9	13,2
Cartagena de Indias	182	124	122	14,0	13,2
Cundinamarca	312	283	276	14,1	13,0
Bogotá, D.C.	612	512	574	12,1	12,7
San Andrés y Providencia	10	9	5	21,6	12,7
Valle del Cauca	158	131	136	13,0	12,6
Huila	136	102	123	10,7	12,3
Meta	140	126	111	14,9	12,3
Boyacá	106	88	90	12,0	11,6
Casanare	59	49	38	14,0	10,8
Norte de Santander	173	121	127	11,0	10,7
Caquetá	49	37	37	10,5	10,6
Atlántico	179	98	101	10,9	10,2
Putumayo	47	31	26	12,0	9,6
Tolima	120	82	83	9,7	9,2
Guaviare	11	11	7	15,2	9,0
Santander	172	120	129	8,6	8,9

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 40 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 40 2021 - 2025	Valor observado a SE 40 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	5 735	4 669	-
Manaure (La Guajira)	27	41	23
Cumaribo (Vichada)	18	26	22
Dosquebradas (Risaralda)	16	22	31
Tunja (Boyacá)	14	21	37
Granada (Meta)	8	15	35
Segovia (Antioquia)	8	13	6
Alto Baudó (Chocó)	4	12	27
La Estrella (Antioquia)	5	10	25
Calamar (Bolívar)	3	7	7
Maní (Casanare)	2	7	7
Puerto López (Meta)	3	7	24
Guamo (Tolima)	2	7	16
Peñol (Antioquia)	2	6	23
El Litoral del San Juan (Chocó)	2	6	11
Roberto Payán (Nariño)	2	6	18
Giraldo (Antioquia)	1	5	16
Cicuco (Bolívar)	2	5	16
Paipa (Boyacá)	2	5	23
Bahía Solano (Chocó)	1	5	28
Tolú Viejo (Sucre)	2	5	20
La Unión (Sucre)	1	4	9
Juradó (Chocó)	0	3	9
Tesalia (Huila)	1	3	24
La Tola (Nariño)	1	3	18
Paz de Río (Boyacá)	0	2	15
Marulanda (Caldas)	0	2	25
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	17
Salento (Quindío)	0	2	28

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 40, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 40, 2024 -2026					
	2024 a SE 40	(%)	2025 a SE 40	(%)	2026 a SE 40	(%)
Colombia	4 619	100,0	4 366	100,0	4 669	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 222	26,5	1 204	27,6	1 198	25,7
Prematuridad-inmaduridad	752	16,3	760	17,4	838	17,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	688	14,9	666	15,3	689	14,8
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	516	11,2	458	10,5	428	9,2
Infecciones	408	8,8	388	8,9	386	8,3
Malformación congénita	431	9,3	369	8,5	364	7,8
Otras causas de muerte	306	6,6	265	6,1	285	6,1
Sin información	0	0,0	0	0,0	191	4,1
Causas no específicas	116	2,5	74	1,7	142	3,0
Trastornos cardiovasculares	133	2,9	135	3,1	98	2,1
Convulsiones y trastornos neurológicos	25	0,5	20	0,5	29	0,6
Lesión de causa externa	22	0,5	27	0,6	21	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 40 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 de evento vigilancia centinela código 345.

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 37 a 40 de 2026), a nivel nacional, se observó un aumento porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias y una disminución en hospitalización en sala general y hospitalización en unidades de cuidado intensivo (UCI), unidades de cuidado intermedio (UCIM) frente al periodo anterior (SE 33 a 36 de 2026), sin superar el umbral definido para variaciones relevantes ($\pm 30\%$) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 33 a 36 de 2026 y 37 a 40 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 33 a 36 de 2026	SE 37 a 40 de 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	464 195	491 109	5,80%	
Hospitalización en sala general	19 572	18 899	-3,44%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 617	2 410	-7,91%	

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 40 del 2026 se notificaron 114 808 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 Atlántico, La Guajira, Santa Marta y Vaupés mientras que Buenaventura, Caldas, Caquetá, Cauca, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Vichada presentaron una disminución. Las 23 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 incremento en seis municipios (tabla 13).

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 40 del 2026

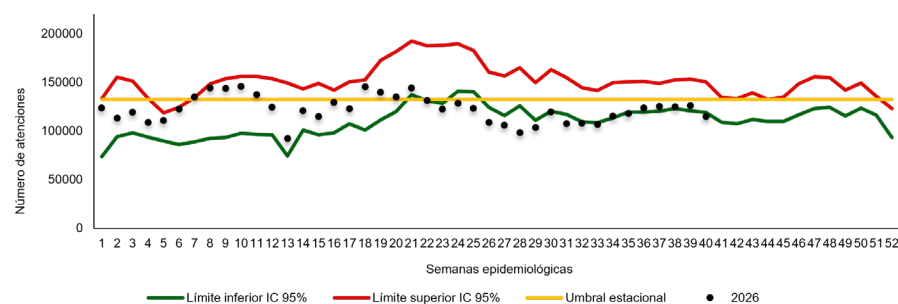
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	75 419	72 017	7 424	10 750
La Guajira	Maicao	54 161	65 630	4 350	7 497
Cundinamarca	Soacha	65 883	52 446	5 292	6 021
Antioquia	Itagüí	66 146	56 390	5 649	4 717
La Guajira	Uribia	38 892	42 672	3 550	4 614
Antioquia	Bello	49 068	50 993	4 643	4 539
Cundinamarca	Chía	46 473	37 177	4 205	4 115
Antioquia	Rionegro	28 840	36 339	2 147	2 626
Cundinamarca	Zipaquirá	18 946	17 800	1 834	2 182
Santander	Floridablanca	27 513	20 388	1 792	1 970
Antioquia	Envigado	20 661	19 727	1 848	1 535
Magdalena	Ciénaga	18 756	15 619	1 932	1 413
Santander	Barrancabermeja	25 059	20 877	1 462	1 404
Córdoba	Cereté	15 204	16 031	1 073	1 397
Valle del Cauca	Palmira	22 007	16 718	1 871	1 387
Antioquia	Apartadó	14 289	15 649	1 282	1 385
Boyacá	Duitama	17 856	14 074	2 031	1 372
Risaralda	Dosquebradas	23 903	18 267	1 921	1 349
Boyacá	Sogamoso	17 148	13 330	1 415	1 314
Córdoba	Lorica	12 678	13 089	1 280	1 294
Cundinamarca	Madrid	11 744	12 496	1 185	1 141
Cundinamarca	Girardot	16 675	11 942	1 268	1 127
Bolívar	Magangué	18 478	14 273	1 477	1 080
Cundinamarca	Facatativá	14 429	10 566	1 453	1 074
Norte de Santander	Ocaña	14 110	10 789	1 032	1 058
Cundinamarca	Funza	12 893	11 714	870	1 017
Casanare	Yopal	12 193	10 167	1 121	1 010
Antioquia	Turbo	12 138	11 047	999	808
Valle del Cauca	Buenaventura	5 679	8 060	742	756
Córdoba	Sahagún	20 184	7 317	2 106	726
Valle del Cauca	Tuluá	10 424	9 152	830	722
Valle del Cauca	Cartago	13 771	9 638	1 065	722
Huila	Pitalito	10 837	7 496	999	698
Cesar	Aguachica	9 649	8 666	853	697
Santander	Piedecuesta	8 575	7 435	487	661
Cundinamarca	Mosquera	6 246	4 995	417	611
Valle del Cauca	Yumbo	11 585	8 823	960	608
Atlántico	Malambo	6 167	5 761	489	602
Santander	Girón	6 933	6 066	407	589
Cauca	Santander de Quilichao	9 103	6 705	895	474
Norte de Santander	Villa del Rosario	5 174	4 500	387	311
Cauca	Guapi	3 949	2 877	232	247
Nariño	La Florida	605	490	31	38

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (37 a 40 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 26,5 % (130 169) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,7 % (101 903). 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 11,2 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 11,1 %.

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 epidemiológica 40, alternando entre semanas por debajo y por encima de dicho límite (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2026



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

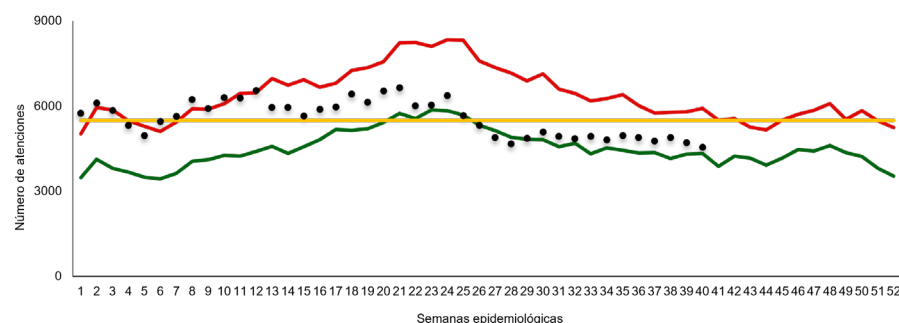
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 40 del 2026 se notificaron 4 545 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Amazonas, Buenaventura, Casanare, Chocó, Guainía, La Guajira, Risaralda, San Andrés y Sucre; así mismo, se observó aumento en Arauca, Barranquilla, Guaviare, Magdalena y Putumayo. En las 24 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (37 a 40 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (4 961) representaron el 26,2 %, seguido del grupo de 2 a 4 años con el 14,7 % (2 779). 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 23,4 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 21,7 %.

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 de dicho umbral entre las semanas 25 a 40 (figura 10).

Figura 10. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2026

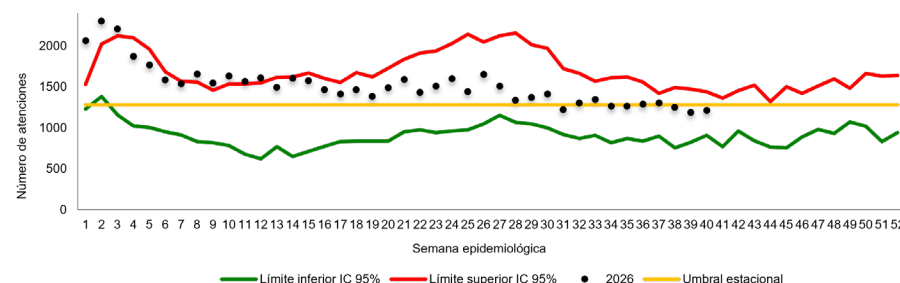


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 40 del 2026, se notificaron 1 215 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 a 40 de 2026, ubicándose dentro de lo esperado (figura 11).

Figura 11. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2026



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

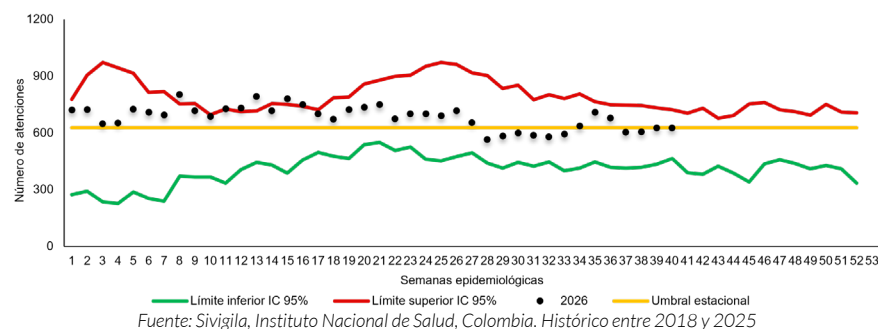
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 40 del 2026 se notificaron 562 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Barranquilla, Cartagena de Indias, Chocó, Huila y Tolima. Se registró disminución en Antioquia, Bolívar, Caquetá, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Risaralda y Santa Marta. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (37 a 40 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 36,8 % (884), seguido de los menores de 1 año con el 19,8 % (479) 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 2 a 4 años con el 18,0 % seguido de los niños de 1 año con el 16,8 %.

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 40 (figura 12).

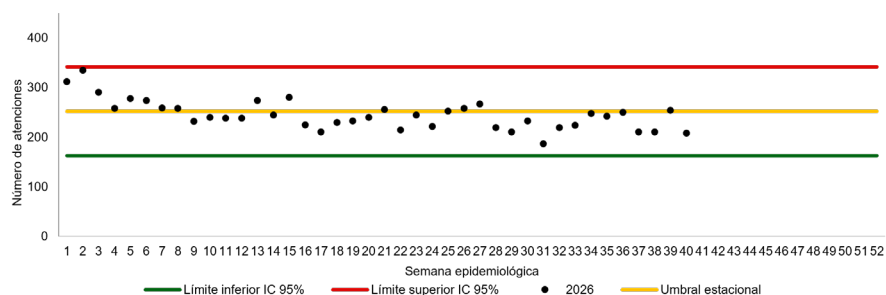
Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2026



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

En la semana epidemiológica 40 del 2026, se notificaron 251 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 40 se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2026



Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual positiva en consulta externa, urgencias y negativa en la notificación de atenciones por IRA en hospitalización en sala general y en UCI/UCIM con respecto al periodo anterior.

De acuerdo con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), las condiciones tipo El Niño son prevalentes y evolucionan hacia un evento muy fuerte en los próximos meses, con un acoplamiento ya establecido entre la atmósfera y el océano y anomalías positivas de la temperatura superficial del mar, más marcadas en la región Niño 1+2 (3,5 °C) y Niño 3.4 (1,8 °C). Para los meses restantes de 2026, las condiciones climáticas del país estarán moduladas por el desarrollo de El Niño, junto con la variabilidad intraestacional asociada a la oscilación de 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, mientras que en la Orinoquía y la Amazonía se prevén condiciones más variables, entre cercanas a lo normal, deficitarias y por encima de lo normal. No se descartan lluvias intensas de muy corta duración asociadas a las ondas del Este y a la dinámica sinóptica del sur del continente. Las predicciones indican una probabilidad del 75,0 % de un evento El Niño muy fuerte desde septiembre, que alcanzaría el 95 % en noviembre y se mantendría en 70,0 % hasta enero de 2027, con condiciones de El Niño durante gran parte del primer semestre de 2027. Además, se espera que la temperatura permanezca por encima de lo habitual durante todo el periodo. Por lo anterior, 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. Estas condiciones podrían aumentar 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).

[1] Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Boletín de Clima y Salud. Edición No. 09. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2026 sep [citado 15 oct 2026].

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 a semana 39 de 2026 se mantuvo en niveles bajos en la mayoría de las subregiones. No se observó una tendencia definida en América del Norte ni en el Caribe, permaneció estable en Centroamérica y presentó una tendencia decreciente en Brasil y el Cono Sur. La principal excepción fue la subregión Andina, donde la actividad se mantuvo elevada y en aumento, acompañada de un incremento de la positividad en las últimas semanas. En cuanto a otros virus respiratorios, el rinovirus fue el agente predominante en la mayoría de las subregiones de las Américas. En América del Norte, Canadá concentró la mayor parte de las detecciones con predominio de rinovirus, seguido de coronavirus estacionales, metapneumovirus y parainfluenza. México registró una positividad del 8,3 %, también con predominio de rinovirus. Estados Unidos no notificó muestras positivas para otros virus respiratorios en el periodo. En el Caribe, solo cinco países reportaron información. Las Islas Caimán aportaron la mayoría de las detecciones con predominio de rinovirus. Le siguieron Barbados (28,5 %), también con predominio de rinovirus; Cuba (10,4 %), donde circularon principalmente coronavirus estacionales y parainfluenza; y República Dominicana (9,2 %), con predominio de metapneumovirus. En América Central, el rinovirus representó cerca del 61 % de las detecciones, seguido de parainfluenza y adenovirus. Costa Rica concentró el mayor volumen de muestras positivas. Las positivities más altas se observaron en Guatemala (59,0 %) y Panamá (39,1 %), mientras que en Nicaragua (13,0 %) predominaron los coronavirus estacionales y la parainfluenza. En la subregión Andina, Colombia aportó más del 90 % de las detecciones con predominio de rinovirus, seguido de adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus. En los demás países predominaron el metapneumovirus en Ecuador (5,7 %), el rinovirus en Perú (6,8 %), los virus agrupados como “otros” en Bolivia y el adenovirus en Venezuela (8,2 %). En relación con SARS-CoV-2, la actividad se mantuvo baja en Centroamérica, donde continuó disminuyendo; en la subregión Andina, donde permaneció estable; y en Brasil y el Cono Sur, donde no mostró una tendencia definida. En contraste, América del Norte presentó una actividad alta y estable, mientras que el Caribe mantuvo niveles elevados, aunque con una tendencia progresiva a la disminución. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En Colombia, durante el último periodo analizado, correspondiente a las semanas epidemiológicas 37 a 40 de 2026, la circulación viral estuvo caracterizada principalmente por la detección de rinovirus, virus sincitial respiratorio (VSR) y adenovirus, seguidos por influenza B, parainfluenza e influenza A. Al comparar este periodo con el

inmediatamente anterior, la positividad general se mantuvo estable, al pasar de 44,8 % a 45,5 %. El único agente viral que mostró un incremento estadísticamente significativo fue influenza B, mientras que VSR y metapneumovirus presentaron una disminución estadísticamente significativa; los demás virus respiratorios mantuvieron un comportamiento estable. Según el grupo de edad, se destaca la positividad de VSR y rinovirus en menores de cinco años, así como la circulación de influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2), en personas de 60 años y más. Ante este escenario epidemiológico, se recomienda fortalecer las coberturas de vacunación contra influenza en los grupos priorizados, de acuerdo con los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Asimismo, se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia intensificada frente a la circulación concurrente de influenza estacional y otros virus respiratorios, dada la posibilidad de que esta situación genere una mayor demanda de atención y presión sobre los servicios de salud. (tabla 14).

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 33 a 40 de 2026

Agente viral identificado	SE 33 a 36 de 2026			SE 37 a 40 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	44,8	51,2	33,3	45,5	47,0	35,4	
Rinovirus	22,1	19,1	23,1	22,5	23,3	14,3	
Virus sincitial respiratorio	27,7	38,2	19,2	17,8	24,1	14,3	
Enterovirus	0,5	-	-	2,1	2,3	3,6	
Adenovirus	10,1	11,5	3,9	12,7	18,1	3,6	
Influenza B	6,9	3,8	3,9	11,9	0,8	7,1	
Influenza A	8,3	7,6	11,5	7,6	4,5	17,9	
Parainfluenza	6,5	7,6	3,9	10,6	15,8	-	
Metapneumovirus	3,2	3,8	-	0,4	-	3,6	
A(H1N1)pdm09	0,5	0,8	-	0,4	0,8	-	
SARS-CoV-2	1,8	1,5	3,9	1,7	1,5	7,1	
A(H3N2)	8,3	5,3	15,4	6,8	6,0	10,7	
Coronavirus	0,9	-	3,9	3,0	3,0	3,6	

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 40 de 2026

Metodología

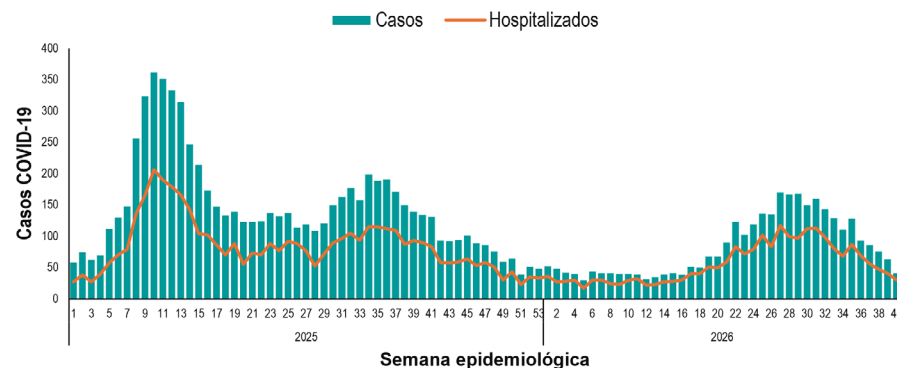
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 40 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 40), con corte al 10 de octubre y según la fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 3 305 casos de COVID-19, de los cuales 3 299 son procedentes de Colombia y seis (6) casos procedentes del exterior. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 37 a 40) se registraron 270 casos (268 de procedencia Colombia), lo que representa una disminución del 41,8 % frente al periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 33 a 36), en el que se reportaron 464 casos. Respecto a la hospitalización, se notificaron 174 casos hospitalizados, una disminución del 42,8 % frente a los 304 registrados en el periodo anterior. En el mismo periodo epidemiológico de 2025 (semanas epidemiológicas 37 a 40), se notificaron 598 casos, por lo que en 2026 se observa una disminución del 54,8 % respecto al año anterior (figura 14).

Figura 14. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 40 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 40 de 2026

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 37 a 40 de 2026) se registró una incidencia de 0,5 casos por cada 100 000 habitantes (268 casos confirmados de procedencia Colombia), con afectación en 25 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 82 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas SE 33 a 36 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 a nivel departamental en Caldas y Caquetá, a nivel municipal en Sogamoso (Boyacá) y Florencia (Caquetá).

En la mayoría de los grupos de edad se presentaron reducciones en la notificación de casos, con excepción de los grupos de 40 a 49 años y 60 a 69 años, que no registraron variación en el número de casos notificados. Las disminuciones más importantes se registraron en el grupo de 50 a 59 años (-66,7 %), seguido de 5 a 9 años (-65,1 %), 90 a 99 años (-60,0 %), 20 a 29 años (-57,1 %), 70 a 79 años (-57,1 %), 10 a 19 años (-50,0 %), 30 a 39 años (-45,2 %), menor de un año (-44,2 %), 1 año (-40,5 %), 80 a 89 años (-23,5 %) y 2 a 4 años (-5,1 %). 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 (33 a 40) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 33 a 36 2026	SE 37 a 40 2026		
Menor de un año	138	77	-44,2	
1 año	42	25	-40,5	
2 a 4 años	39	37	-5,1	
5 a 9 años	43	15	-65,1	
10 a 19 años	36	18	-50,0	
20 a 29 años	21	9	-57,1	
30 a 39 años	31	17	-45,2	
40 a 49 años	14	14	0,0	
50 a 59 años	24	8	-66,7	
60 a 69 años	21	21	0,0	
70 a 79 años	28	12	-57,1	
80 a 89 años	17	13	-23,5	
90 a 99 años	10	4	-60,0	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	464	270	-41,8	

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 33 a 40 de 2026
PE: periodo epidemiológico, SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia 30 fallecimientos asociados a COVID-19. De estos, 10 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, dos (2) en Santiago de Cali (Valle del Cauca) y dos (2) en Cundinamarca (La Calera y Gutiérrez). Los 11 fallecimientos restantes se notificaron de manera individual en los municipios de Peñol y Rionegro (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), Armenia (Quindío), Campoalegre (Huila), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena), Pore (Casanare).

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 40 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/buscadoreventos/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 40 del 2026 se notificaron 2 959 casos de dengue: 2 108 casos de esta semana y 851 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 88 469 casos, 53 617 (60,6 %) sin signos de alarma, 33 962 (38,4 %) con signos de alarma y 890 (1,0 %) de dengue grave.

El 66,6 % (58 923) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Bolívar, Santander, Cesar, Norte de Santander, Magdalena, Casanare, Antioquia, Atlántico y Cartagena de Indias (tabla 16). Sin embargo, en el último periodo epidemiológico (semanas epidemiológicas 36 a 39 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Bolívar, Santander, Meta, Norte de Santander, Tolima, Magdalena, Atlántico, Sucre, Antioquia y Valle del Cauca concentran el 67,6 % (7 328 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 36 a 39 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 32 a 35 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Boyacá, Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Cauca, Chocó, Cundinamarca, La Guajira, Guaviare, Huila, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en la entidad territorial de Casanare mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

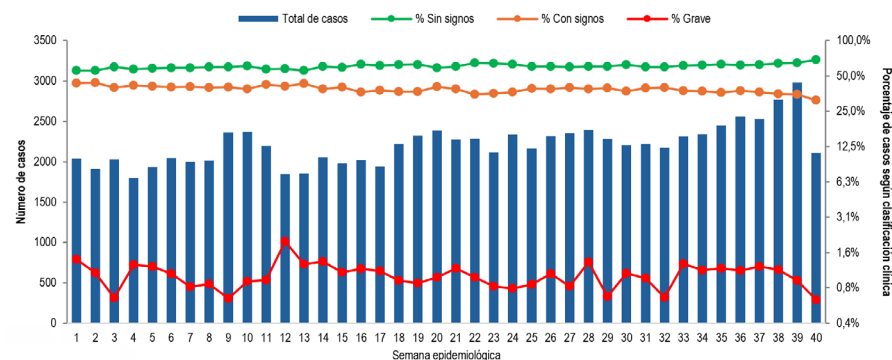
Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 40 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 32 - 35 2026)	Observado (SE 36-39 2026)
Meta	13 572	30,0	0,9	1 261	1047
Bolívar	8 256	41,2	1,3	1 058	1291
Santander	6 462	38,8	0,7	787	1059
Cesar	6 319	55,7	0,8	360	316
Norte de Santander	5 606	36,7	1,3	710	734
Magdalena	5 259	48,9	0,7	527	576
Casanare	3 507	29,8	0,7	415	245
Antioquia	3 383	35,6	1,1	414	506
Atlántico	3 307	43,5	0,7	510	556
Cartagena	3 252	18,9	1,0	185	350
La Guajira	3 137	53,8	1,7	46	63
Tolima	2 869	32,4	1,5	331	587
Córdoba	2 849	44,4	0,4	267	280
Barranquilla	2 707	45,3	0,8	252	316
Arauca	2 466	30,8	1,3	353	298
Sucre	2 065	45,4	0,8	350	508
Santa Marta	2 064	44,5	0,4	55	40
Valle del Cauca	1 917	34,2	0,9	331	464
Cundinamarca	1 699	38,4	1,2	213	389
Santiago de Cali	1 154	36,5	0,8	103	153
Huila	1 036	39,9	4,7	95	129
Chocó	1 022	21,8	0,6	141	185
Amazonas	773	14,5	0,3	106	111
Nariño	639	39,0	0,9	69	71
Guaviare	588	25,2	0,5	66	126
Caquetá	423	52,2	2,8	14	18
Putumayo	390	29,0	1,5	34	77
Quindío	356	24,4	3,4	53	87
Boyacá	263	44,1	1,5	25	43
Cauca	213	33,3	3,8	29	48
Exterior	184	42,4	3,3	23	27
Risaralda	182	41,2	1,1	12	41
Caldas	156	42,9	0,0	6	19
Buenaventura	150	35,3	1,3	20	30
Vichada	113	29,2	0,0	20	24
Vaupés	83	9,6	0,0	19	19
Archipiélago de San Andrés	39	33,3	2,6	10	6
Guainía	9	22,2	0,0	2	1
Total	88 469	38,4	1,0	9 272	10 840

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 39,0 % a nivel nacional (figura 15); 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 36 a 39 de 2026) fueron: Caquetá y La Guajira.

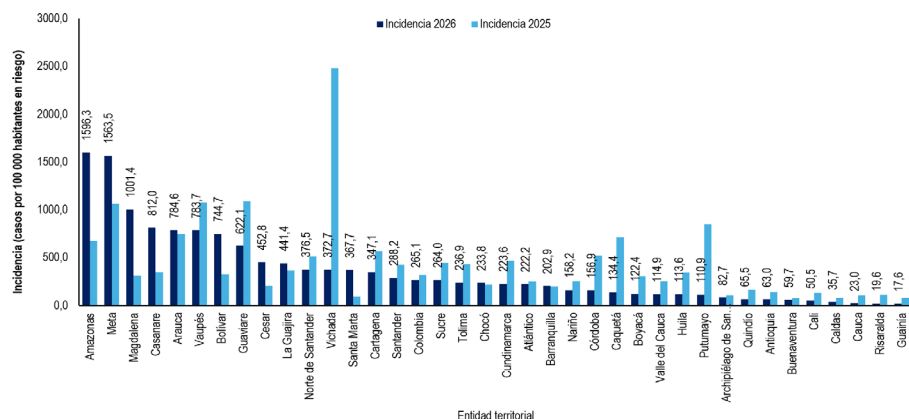
Figura 15. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 40, 2026



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

A semana epidemiológica 40 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 265,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 319,2 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Amazonas, Meta, Magdalena, Casanare, Arauca, Vaupés y Bolívar presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 40 del 2026 registrando tasas superiores a 700 casos por 100 000 habitantes (figura 16). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 557,5 casos por 100 000 habitantes.

Figura 16. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 40 de 2025 y 2026

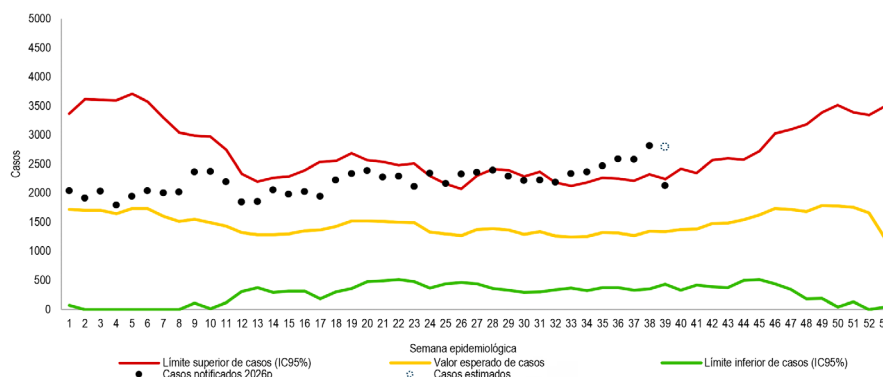


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 40 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 16,9 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2026) (figura 17). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 40), se observa una reducción del 17,0 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 106 541 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 32,4 % (12) se encuentra en situación de alerta y el 51,3 % (19) 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 17. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 40 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 40 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 40, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre y Vaupés.
Alerta	Archipiélago de San Andrés y Providencia, Barranquilla, Buenaventura, Caldas, Cartagena de Indias, Cesar, Huila, La Guajira, Nariño, Tolima, Valle del Cauca, Vichada
Dentro de lo esperado	Caquetá, Cauca, Santiago de Cali, Córdoba, Guainía. Santa Marta

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 40 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 23,3 % (193) 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 40 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Variación último periodo	
				(SE 32-35 2026)	(SE 36-39 2026)
Antioquia	Medellín	17,1	448	64	64
	Bello	8,1	45	4	11
	Envigado	19,4	47	8	4
	Itagüí	13,8	38	6	12
Bolívar	Magangué	617,9	888	169	238
Cesar	Aguachica	575,3	707	82	70
Córdoba	Cereté	282,6	311	37	35
Cundinamarca	Fusagasugá	30,8	51	8	14
Chocó	Quibdó	203,1	270	47	85
Meta	Villavicencio	1867,8	9524	837	610
Norte de Santander	Ocaña	339,7	403	67	91
Risaralda	Pereira	20,4	99	7	25
Santander	Bucaramanga	395,3	2447	326	487
Tolima	Ibagué	206,8	1125	140	313
Valle del Cauca	Cartago	440,9	613	148	231
Arauca	Arauca	327,8	329	48	22
Casanare	Yopal	460,9	832	169	104

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

A semana epidemiológica 40 del 2026, se han notificado 226 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 60 casos, se han descartado 126 casos y se encuentran en estudio 40 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 100 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 40, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 40, 2026	Letalidad por dengue a SE 40, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	4	0	0.39	0.26
Boyacá	1	1	0.38	0.00
La Guajira	10	0	0.32	0.04
Magdalena	7	0	0.13	0.12
Antioquia	4	1	0.12	0.12
Valle del Cauca	2	3	0.10	0.00
Santa Marta	2	0	0.10	0.20
Atlántico	3	2	0.09	0.05
Meta	12	4	0.09	0.11
Bolívar	5	4	0.06	0.11
Norte de Santander	3	0	0.05	0.08
Sucre	1	2	0.05	0.09
Cesar	3	0	0.05	0.04
Barranquilla	1	1	0.04	0.15
Tolima	1	5	0.03	0.04
Santander	1	0	0.02	0.09
Casanare	0	4	0.00	0.00
Cauca	0	3	0.00	0.30
Cundinamarca	0	3	0.00	0.06
Arauca	0	2	0.00	0.09
Putumayo	0	2	0.00	0.17
Santiago de Cali	0	1	0.00	0.07
Cartagena de Indias	0	1	0.00	0.09
Colombia	60	39	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 consultar 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 40 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

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

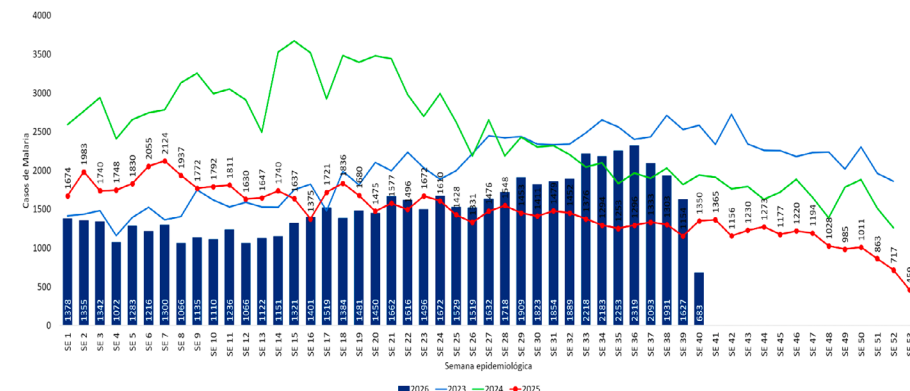
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución de la malaria, como se muestra en la figura 18.

Figura 18. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 40 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 40 del 2026 se notificaron 2 029 casos de malaria, para un acumulado de 61 014 de los cuales 60 407 son de malaria no complicada y 607 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,4 % (40 501), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,4 % (19 751) e infección mixta con 1,2 % (762). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 90,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (38,2 %), Antioquia (11,9 %), Córdoba (6,6 %), Nariño (4,8 %), Guainía (4,6 %), Risaralda (3,4 %), Cauca (3,2 %), Amazonas (3,0 %), Bolívar (2,7 %), Vichada (2,4 %), Buenaventura (2,4 %), Meta (2,2 %) y Guaviare (1,9%). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 73,9 % 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 40 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 33 a 36 2026	Casos SE 37 a 40 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	5 538	1 271	511	37,18
Córdoba	Tierralta	2 852	323	272	28,14
Guainía	Inírida	2 663	388	271	67,27
Risaralda	Pueblo Rico	2 257	431	111	134,23
Chocó	Bagadó	2 139	327	371	177,13
Chocó	Lloró	2 122	344	285	195,32
Chocó	Istmina	1 632	225	138	46,69
Buenaventura	Buenaventura	1 569	246	208	4,83
Antioquia	El Bagre	1 528	191	154	26,79
Chocó	Alto Baudó	1 458	343	279	45,32
Chocó	Medio San Juan	1 211	162	161	100,04
Chocó	Rio Quito	1 132	230	170	119,97
Meta	Puerto Gaitán	1 109	98	78	23,48
Vichada	Cumaribo	1 099	94	45	12,26
Chocó	Tadó	1 096	250	159	52,80
Cauca	Timbiquí	1 032	166	47	36,02
Chocó	Bajo Baudó	995	194	163	28,48
Bolívar	Montecristo	948	91	103	50,94
Chocó	Carmen del Darién	939	165	127	41,27
Vaupés	Mitú	897	77	30	24,50
Chocó	Nóvita	820	204	199	76,53
Chocó	Juradó	801	49	14	103,50
Cauca	Guapi	787	107	65	26,13
Nariño	Olaya Herrera	752	88	65	28,12
Norte de Santander	Tibú	726	124	56	11,58
Antioquia	Nechí	726	92	69	25,68
Chocó	Atrato	710	153	68	100,38
Chocó	El Cantón del San Pablo	686	67	29	96,17
Amazonas	Tarapacá (CD)	669	63	32	148,87
Córdoba	Puerto Libertador	631	81	40	13,70
Chocó	Medio Atrato	604	106	92	45,45
Guaviare	San José del Guaviare	589	79	64	8,85
Amazonas	La Pedrera (CD)	564	49	73	129,54
Antioquia	Cáceres	553	49	32	17,52
Antioquia	Chigorodó	526	58	56	8,34

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 73,9 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,4 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Tierralta, Inírida, Quibdó, Pueblo Rico, El Bagre, Lloró, Bagadó, Puerto Gaitán, Carmen del Darién, Mitú, Juradó, Cumaribo, Alto Baudó y Tibú (tabla 21). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 68,6 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Buenaventura, Timbiquí, Istmina, Rio Quito, Lloró, Guapi, Bajo Baudó, Atrato, Tadó y El Charco y en incremento los municipios de Bagadó, Alto Baudó, Medio San Juan y Nóvita 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 40 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 33 a 36 de 2026	Casos SE 37 a 40 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	299	250	-16%	6,3%
Guainía	Inírida	323	214	-34%	5,6%
Chocó	Quibdó	375	187	-50%	4,8%
Risaralda	Pueblo Rico	337	83	-75%	4,6%
Antioquia	El Bagre	183	151	-17%	3,6%
Chocó	Lloró	138	132	-4%	3,1%
Chocó	Bagadó	164	119	-27%	2,9%
Meta	Puerto Gaitán	92	71	-23%	2,4%
Bolívar	Montecristo	97	97	0%	2,3%
Chocó	Carmen del Darién	132	110	-17%	2,1%
Vaupés	Mitú	68	25	-63%	2,1%
Chocó	Juradó	49	14	-71%	2,0%
Vichada	Cumaribo	42	37	-12%	2,0%
Chocó	Alto Baudó	172	58	-66%	1,8%
Norte de Santander	Tibú	124	56	-55%	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 40 de 2026

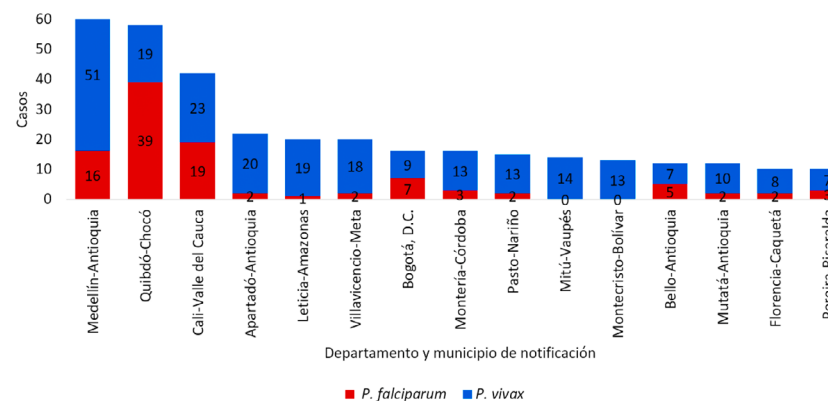
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 33 a 36 de 2026	Casos SE 37 a 40 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	861	323	-62%	18,2%
Buenaventura	Buenaventura	165	154	-7%	5,5%
Cauca	Timbiquí	166	46	-72%	5,2%
Chocó	Bagadó	158	248	57%	4,6%
Chocó	Istmina	145	67	-54%	4,6%
Chocó	Rio Quito	183	109	-40%	4,3%
Chocó	Lloró	192	141	-27%	4,2%
Cauca	Guapi	95	62	-35%	3,7%
Chocó	Alto Baudó	160	218	36%	3,6%
Chocó	Medio San Juan	88	96	9%	3,2%
Chocó	Bajo Baudó	128	97	-24%	2,6%
Chocó	Atrato	127	52	-59%	2,5%
Chocó	Tadó	94	80	-15%	2,2%
Nariño	El Charco	58	29	-50%	2,2%
Chocó	Nóvita	101	102	1%	2,1%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 40 de 2026 se han notificado 607 casos de malaria complicada, que son notificados por 32 entidades territoriales: Antioquia, Chocó, Santiago de Cali, Amazonas, Meta, Risaralda, Nariño, Caldas, Bogotá, D.C., Córdoba, Bolívar, Santander, Valle del Cauca, Vaupés, Sucre y Caquetá y notificaron el 91,1 % de los casos; en la figura 19 se muestran los municipios que aportan el 58,3 % de casos de malaria complicada a nivel nacional.

Figura 19. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 40 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 40 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran seis departamentos en situación de incremento y siete departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 55 municipios en incremento y 75 municipios en decremento (tabla 23).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 40 2025	Acumulado 2026	SE 40 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Mutató	5	557	17	469	11	49	62
Antioquia	Frontino	4	219	6	448	12	33	70
Antioquia	Murindó	5	237	5	215	1	38	44
Antioquia	Anorí	4	90	5	199	1	9	23
Antioquia	Medellín	4	20	1	29	2	2	8
Antioquia	Cáceres	5	573	12	557	2	38	52
Antioquia	Necoclí	4	96	3	82	0	10	37
Antioquia	Nechí	5	842	10	735	12	27	74
Antioquia	Chigorodó	5	703	10	534	5	48	65
Antioquia	Tarazá	4	444	7	229	2	24	31
Antioquia	Carepa	4	79	0	63	0	10	19
Antioquia	Amalfi	4	14	0	19	0	1	3
Arauca	Fortul	4	53	0	27	0	1	3
Bolívar	Rio Viejo	4	20	2	130	0	5	11
Bolívar	Tiquisio	4	98	1	144	0	10	22
Bolívar	Montecristo	5	833	15	965	10	57	121
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	65	0	114	5	5	17
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	14	0	73	0	1	4
Caquetá	Cartagena del Chairá	4	12	6	45	1	4	13
Caquetá	Florencia	4	265	5	144	2	10	21
Chocó	Alto Baudó	5	1 133	37	1 463	1	177	371
Chocó	Medio Baudó	5	548	7	459	20	68	93
Chocó	El Carmen de Atrato	4	189	7	450	13	10	116
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	787	13	687	2	45	53
Chocó	Condoto	4	171	5	338	10	13	49
Chocó	Bagadó	5	1 345	79	2 155	40	343	379
Chocó	Medio San Juan	5	1 043	15	1 214	23	86	167
Chocó	Nóvita	5	298	6	822	37	21	206
Chocó	Belén de Bajirá	5	159	6	561	2	14	71
Chocó	Lloró	5	1 686	40	2 131	15	165	383
Chocó	Istmina	5	1 153	18	1 648	5	80	199
Chocó	Unión Panamericana	5	187	7	304	6	21	53
Chocó	Rio Quito	5	498	7	1 142	35	95	210
Chocó	El Litoral del San Juan	5	85	2	248	2	16	58
Chocó	Quibdó	5	2 684	38	5 615	59	301	767
Chocó	Medio Atrato	5	409	5	607	11	53	117
Chocó	Carmen del Darién	5	733	6	944	18	62	148
Chocó	Sipí	4	192	2	217	7	15	35

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 40 2025	Acumulado 2026	SE 40 2026	Esperado	Observado
Chocó	Atrato	5	282	4	716	7	36	91
Chocó	Cértégui	4	183	2	256	2	11	32
Guainía	Inírida	5	1 307	27	2 670	11	384	384
Guainía	La Guadalupe (CD)	4	5	0	15	0	0	8
Guaviare	San José del Guaviare	5	546	7	593	4	65	80
Guaviare	Calamar	4	153	10	254	1	20	40
Guaviare	El Retorno	5	218	4	281	1	17	22
Guaviare	Miraflores	3	62	0	109	1	15	26
Meta	Puerto Concordia	4	65	3	75	0	11	20
Meta	Puerto Gaitán	4	311	8	1 126	24	17	87
Meta	Puerto López	4	191	0	26	1	0	6
Meta	Villavicencio	4	44	0	41	1	2	8
Norte de Santander	Tibú	5	411	13	728	4	86	87
Norte de Santander	El Tarra	4	6	0	14	0	1	4
Norte de Santander	Teorama	4	7	0	49	0	1	6
Norte de Santander	Convención	4	4	0	48	0	1	4
Buenaventura	Buenaventura	5	1 763	27	1 584	11	190	295

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

Desnutrición aguda moderada: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, dado que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas.

Desnutrición aguda severa: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -3 DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca. La desnutrición aguda severa puede presentar fenotipos clínicos que son el kwashiorkor, marasmo y marasmo-kwashiorkor.

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

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

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

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

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (41 de 2025 a 40 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 5,3 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (28,2 %) y en los de 1 año de edad (27,0 %). Así mismo, el 65,9 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 40 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Guainía, Norte de Santander, San Andrés y Vaupés; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 220 municipios a nivel nacional (19,6 %) y de disminución en 96 municipios (8,6 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021-2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 22 municipios (tabla 25).

A semana epidemiológica 40 del 2026, se han notificado 16 493 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 16 413 corresponden a residentes en Colombia y 80 casos de residentes en el exterior.

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 40, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 39 de 2025	Casos a SE 39 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	16 594	16 413	0,54	19,6	8,6
La Guajira	1 348	1 327	1,54	26,7	20,0
Chocó	659	763	1,39	38,7	9,7
Vichada	165	179	1,31	0,0	25,0
Risaralda	369	470	0,91	35,7	7,1
Guaviare	56	53	0,76	25,0	0,0
Cartagena de Indias	428	455	0,69	0,0	0,0
Magdalena	651	504	0,67	20,7	6,9
Cesar	758	798	0,67	28,0	16,0
Arauca	140	135	0,66	14,3	28,6
Boyacá	403	437	0,63	15,4	4,1
Vaupés	24	23	0,62	0,0	16,7
Antioquia	2166	2073	0,57	24,0	3,2
Nariño	550	609	0,56	25,0	3,1
Bogotá, D.C	2069	1937	0,54	0,0	0,0
Casanare	201	173	0,53	15,8	31,6
Bolívar	495	467	0,52	24,4	6,7
Meta	304	371	0,51	31,0	13,8
Norte Santander	558	472	0,51	10,0	10,0
Cundinamarca	921	941	0,51	13,8	6,0
Putumayo	151	147	0,49	15,4	15,4
Amazonas	55	39	0,48	9,1	9,1
Sucre	316	337	0,47	46,2	11,5
Santiago de Cali	438	396	0,42	0,0	0,0
Valle del Cauca	513	451	0,41	25,0	7,5
Buenaventura	139	108	0,41	0,0	0,0
Tolima	269	297	0,39	12,8	10,6
Guainía	35	23	0,37	11,1	22,2
Huila	368	314	0,37	8,1	13,5
Santa Marta D.T.	142	127	0,37	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	14	0,37	100,0	0,0
Córdoba	406	510	0,36	16,7	6,7
Caquetá	109	109	0,34	0,0	25,0
Caldas	154	157	0,33	14,8	0,0
Santander	388	401	0,31	20,7	3,4
Cauca	244	285	0,29	21,4	9,5
Quindío	65	73	0,28	0,0	0,0
Atlántico	276	271	0,28	13,6	45,5

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 41 de 2025 a SE 40 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 40 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Norte de Santander	San José de Cúcuta	231	185
La Guajira	Maicao	298	172
Risaralda	Pereira	96	147
Chocó	Quibdó	88	123
Risaralda	Dosquebradas	39	115
Sucre	Sincelejo	47	97
Tolima	Ibagué	59	92
Cundinamarca	Fusagasugá	53	87
Nariño	Pasto	66	67
Antioquia	Rionegro	30	49
Cesar	Aguachica	22	48
Cauca	Popayán	26	45
Boyacá	Duitama	26	44
Huila	Pitalito	29	38
Valle del Cauca	Cartago	22	30
Atlántico	Sabanalarga	36	29
Antioquia	Envigado	16	27
Cauca	Santander de Quilichao	19	27
Santander	Piedecuesta	38	25
Atlántico	Malambo	31	20
Cundinamarca	Girardot	42	15
Norte de Santander	Villa del Rosario	40	13

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>

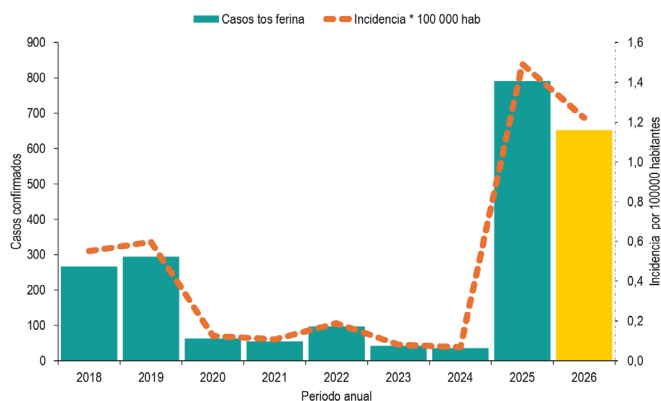
Tos ferina

Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 39 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 39 de 2026p, a nivel nacional se han confirmado 680 casos de tos ferina, de los cuales 652 corresponden a casos con procedencia nacional, utilizados para el cálculo de la incidencia y 28 del exterior. La incidencia nacional de tos ferina registrada hasta la semana epidemiológica 39 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 791 casos de tos ferina y una incidencia de 1,5 casos por cada 100 000 habitantes (figura 20).

Figura 20. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 39, 2018 a 2026p

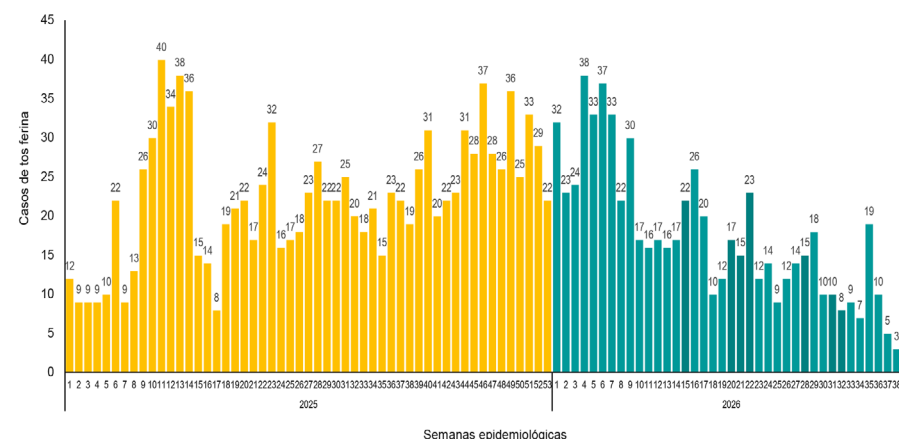


Fuente: Sivigila 2018 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 21 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 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 36 a 39) se confirmaron 23 casos lo que representa una disminución del 46,5 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 32 a 35).

Figura 21. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 39 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 39, de 2019 a 2026p

La incidencia nacional de tos ferina en 2026 fue de 1,2 casos por 100 000 habitantes, con un total de 652 casos confirmados. Las mayores incidencias se registraron en Vaupés (22,5 casos por 100 000 habitantes), seguido de Casanare (4,8), Cartagena

de Indias (4,4), Vichada (3,9), Arauca (3,6), Chocó (3,2) y Boyacá (2,9). En términos absolutos, Antioquia concentró el mayor número de casos confirmados (146 casos), seguida de Bogotá, D.C. (67), Santander (45), Cartagena de Indias (44), 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, Arauca, Barranquilla, Magdalena, Vichada, Putumayo y Amazonas, mientras que Antioquia, Bogotá, D.C., Cundinamarca, Risaralda, Córdoba, Caldas, Meta, Huila, Valle del Cauca, Nariño, Santa Marta registraron una disminución. Por su parte, La Guajira, Atlántico, Quindío, Sucre, Caquetá y Tolima mantuvieron incidencias similares a las observadas en 2025. 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.

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

Con corte a la semana epidemiológica 39 de 2026, se han identificado 44 brotes de tos ferina en población indígena, con un total de 166 casos asociados en Colombia. De estos 37 brotes (84,1 %) se encuentran cerrados y siete (15,9 %) 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 Cerrito (Santander), Turbo y Betulia (Antioquia), Güicán (Boyacá), Necoclí (Antioquia), Toribío (Cauca) y Cubará (Boyacá) (tabla 27).

Tabla 26. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 39, 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	1,5	1,2		652
Antioquia	0,8	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	2,8	2,1		146
Bogotá, D.C.	0,8	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	3,3	0,8		67
Santander	0,4	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3	1,9		45
Cartagena de Indias	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	4,4		44
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
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	1,3	1,7		21
Santiago de Cali	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	0,1	0,7	0,9		21
Cundinamarca	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	1,6	0,6		21
Chocó	0,4	0,2	3,7	0,5	0,0	0,3	2,7	3,2		19
Norte de Santander	1,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,2	1,1		19
Cauca	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9		14
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,9	0,7		14
Risaralda	0,8	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	1,8	1,1		11
Vaupés	110,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,8	22,5		10
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	3,6		10
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,9	0,9		10
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,8		10
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6		10
Magdalena	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,5	0,9		9
Caldas	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	2,3	0,8		8
Meta	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,3	0,7		8
Huila	0,4	0,4	0,0	0,0	0,1	0,3	1,9	0,7		8
Valle del Cauca	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3		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	1,1	1,1		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	0,7	0,5		3
Tolima	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2		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	0,3	0,5		2
Caquetá	1,2	0,7	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,5		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	1,2	1,2		1
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,9	0,6	0,0	0,0	0,3		1

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2019 a 2026p. p: dato preliminar sujeto a validación.

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

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

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		166		
Santander	Cerrito	22	19/09/2026	31/10/2026
Antioquia	Turbo	1	18/09/2026	30/10/2026
Antioquia	Betulia	1	14/09/2026	26/10/2026
Boyacá	Güicán	10	02/09/2026	14/10/2026
Antioquia	Necoclí	1	30/08/2026	11/10/2026
Cauca	Toribío	8	20/08/2026	01/10/2026
Boyacá	Cubará	15	12/08/2026	23/09/2026

FIS: fecha de inicio de síntomas

Fuente: Sivigila 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización del sismo Colombia del 10 de agosto de 2026, y acciones de vigilancia en salud pública. Corte 14 de octubre de 2026

El sismo presentado el 10 de agosto de 2026, a las 07:34 horas, de magnitud 7,4 y 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 y Quindío, así como en los distritos de Santiago de Cali y Buenaventura. De acuerdo con el seguimiento institucional, se identificaron afectaciones en 500 municipios de 16 departamentos del país.

La emergencia ha evolucionado hacia una fase de seguimiento y recuperación, manteniéndose la articulación entre las autoridades nacionales y territoriales para la vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental, el monitoreo de los riesgos asociados y el fortalecimiento de las capacidades de respuesta en los territorios afectados.

En materia de vigilancia en salud pública, con corte al 13 de octubre de 2026, se han identificado 19 brotes asociados al contexto posterior al sismo, de los cuales uno (1) permanece activo y 18 han sido cerrados. El brote activo corresponde a una enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en un hotel del distrito de Santiago de Cali, con seis (6) casos identificados entre 11 personas expuestas, una tasa de ataque del 54,0 % y fecha estimada de cierre para el 28 de octubre de 2026. Se mantiene la investigación epidemiológica, la verificación de factores de riesgo y el seguimiento de las medidas sanitarias implementadas. No se reportan nuevas alertas sanitarias asociadas a enfermedades zoonóticas, transmitidas por vectores o infecciones de transmisión sexual (ITS), ni cambios relevantes en los eventos priorizados de enfermedades no transmisibles y salud mental.

El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), con corte a la semana epidemiológica 40, evidencia que las entidades territoriales de Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Chocó, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca alcanzaron un cumplimiento del 100,0 % en los tres niveles del flujo de información (UPGD, UNM y UND), manteniendo la continuidad y oportunidad de la vigilancia en salud pública. No obstante, 14 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) permanecen temporalmente inactivas, distribuidas en Quindío (1), Santiago de Cali (5) y Risaralda (8), debido a limitaciones operativas derivadas de la emergencia. Se requiere continuar el acompañamiento técnico para favorecer su restablecimiento y garantizar la calidad y oportunidad de la notificación de los eventos de interés en salud pública (EISP).

En la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), con corte al 13 de octubre de 2026, se registran 535 reportes comunitarios asociados a la emergencia, concentrados principalmente en Quindío (195), Chocó (99), Caldas (84) y Risaralda (62). Entre el 05 y el 13 de octubre se notificaron cinco nuevos reportes, procedentes de Buenaventura (1) y Quindío (4). Entre las situaciones identificadas se destaca un conglomerado de síndrome diarreico y febril en el Alojamiento Temporal de Emergencia (ATE) La Ruñidera, en Buenaventura, con siete personas sintomáticas y factores de riesgo asociados al almacenamiento de agua, sin embargo, en verificación no se identifica un brote específico del evento. Asimismo, se reportaron situaciones de síndrome febril, lesiones cutáneas y cefalea intensa en alojamientos temporales de Quindío, además de la identificación de un adulto mayor con discapacidad en una vivienda afectada por el sismo en Armenia. Se mantiene la articulación con las entidades territoriales para la verificación epidemiológica, investigación de campo, implementación de medidas de control y activación de rutas de atención según las necesidades identificadas.

Con corte al 13 de octubre de 2026, se han identificado 118 ATE desde el inicio de la emergencia, de los cuales 40 permanecen activos y caracterizados y 78 han sido cerrados, con 1 887 personas caracterizadas en los alojamientos activos. La mayor población se concentra en Chocó (548 personas), Santiago de Cali (463), Quindío (356), Valle del Cauca (211), Buenaventura (204), Risaralda (99) y Caldas (6). Frente al reporte anterior, se registra una reducción de 45 a 40 alojamientos activos, evidenciando avances en el proceso de cierre progresivo de estos espacios.

Persisten riesgos sanitarios asociados a las condiciones de saneamiento básico en los ATE. De los 40 alojamientos activos, 34 cuentan con información disponible y seis permanecen sin información sobre las condiciones sanitarias evaluadas. Entre los alojamientos caracterizados, 13 presentan condiciones regulares o deficientes para la recolección y disposición de residuos sólidos, principalmente en Valle del Cauca (5), Chocó (5) y Quindío (3). En relación con el acceso a agua para consumo humano, 25 ATE disponen de agua apta, nueve no cuentan con acceso a este servicio y seis permanecen sin información. Los alojamientos sin acceso a agua segura se concentran principalmente en Valle del Cauca y los distritos de Santiago de Cali y Buenaventura (6), seguidos por Chocó (2) y Risaralda (1). Estas condiciones representan factores de riesgo para la ocurrencia de enfermedades asociadas al consumo de agua no segura y a deficiencias en el saneamiento básico. En los ATE caracterizados también se reporta presencia de vectores y plagas de interés sanitario, principalmente zancudos en 13 ATE, moscas en 11, larvas

en depósitos de agua en tres, así como roedores y garrapatas en un alojamiento cada uno, con mayor concentración de hallazgos en Buenaventura y municipios de Chocó. Los reportes anteriores relacionados con murciélagos y serpientes fueron atendidos y actualmente no se registra su presencia en los alojamientos involucrados. Adicionalmente, persisten diferencias territoriales en las condiciones para la preparación, lavado, refrigeración y suministro de alimentos, con limitaciones identificadas especialmente en algunos alojamientos de Chocó, Caldas, Santiago de Cali y Buenaventura. Estas situaciones requieren fortalecer la vigilancia sanitaria, las buenas prácticas de manipulación y conservación de alimentos, el control integrado de vectores y plagas y las intervenciones orientadas a reducir los factores de riesgo ambiental.

Con relación a las capacidades de la Red Nacional de Laboratorios, con corte al 08 de octubre de 2026, los Laboratorios de Salud Pública (LSP) de Valle del Cauca, Risaralda, Quindío, Caldas y Chocó mantienen limitaciones operativas asociadas al sismo, principalmente por restricciones de acceso a la infraestructura, reubicación de equipos y necesidades de fortalecimiento de las capacidades diagnósticas. En Valle del Cauca, persisten restricciones de acceso al laboratorio y se adelantan acuerdos de cooperación con el Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Biomédicas (CIDEIM) y la Universidad Icesi para garantizar el procesamiento de muestras prioritarias. En Risaralda, se mantiene la recepción temporal de muestras y la gestión de acuerdos para su referencia y contrarreferencia. En Quindío y Caldas, se han habilitado espacios temporales y se cuenta con apoyo de otros laboratorios para mantener las actividades de vigilancia, mientras que en Chocó persisten restricciones de acceso a algunas áreas y necesidades de fortalecimiento del talento humano e insumos críticos. El INS continúa el acompañamiento técnico para garantizar la continuidad de la vigilancia por laboratorio, el procesamiento oportuno de muestras y el restablecimiento progresivo de las capacidades operativas, incluida la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano.

Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión. Se mantiene el seguimiento de la situación sin novedades respecto al reporte anterior. No se registran eventos de desabastecimiento de sangre o hemocomponentes en las entidades territoriales afectadas y se conserva la capacidad de respuesta frente a los requerimientos asistenciales asociados a la emergencia.

Dirección de Producción. No se reporta desabastecimiento de suero antiofídico en las entidades territoriales afectadas. Se mantiene el seguimiento de la situación. Como parte de la respuesta institucional, se mantiene activo el Centro Operativo

de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), con seguimiento continuo mediante la Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA) y articulación con las autoridades sanitarias territoriales. Las acciones continúan orientadas al monitoreo intensificado de los EISP, el seguimiento epidemiológico del brote activo de ETA en Santiago de Cali, la verificación de situaciones identificadas mediante VBC y la vigilancia sanitaria y ambiental de los alojamientos temporales. Se requiere fortalecer las intervenciones de agua segura, saneamiento básico, gestión de residuos, inocuidad alimentaria y control de vectores, así como completar y actualizar la caracterización de los ATE mediante EWARS y otras herramientas territoriales. Asimismo, resulta prioritario mantener el acompañamiento técnico para el restablecimiento de las capacidades de vigilancia y laboratorio, garantizar la continuidad de los procesos de diagnóstico, transporte y procesamiento de muestras y fortalecer la articulación interinstitucional durante la fase de recuperación.

Si bien la respuesta institucional ha evolucionado hacia una fase de seguimiento y recuperación y no se identifican necesidades inmediatas de nuevos despliegues de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI), persisten factores de vulnerabilidad sanitaria y ambiental relacionados con la permanencia de población en alojamientos temporales, las limitaciones de saneamiento básico, las afectaciones en infraestructura de salud y laboratorio y la posibilidad de ocurrencia de eventos secundarios con impacto en salud pública. Por esta razón, se mantiene activo el COE-SP y la respuesta nacional, con un nivel de riesgo estimado que continúa siendo muy alto.

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS). Reporte de Situación (SITREP) No. 51, 13 de octubre de 2026. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública; Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP); Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA); Vigilancia Basada en Comunidad (VBC); herramienta EWARS; Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA); Red Nacional de Laboratorios; Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión y Dirección de Producción. Información con cortes entre el 8 y el 13 de octubre de 2026.

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 13 de octubre 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 al 13 de octubre (datos preliminares), se han confirmado por laboratorio 60 casos de fiebre amarilla, con fecha de inicio de síntomas (FIS) entre el 04 de enero hasta el 19 de septiembre de 2026, el 93,3 % (56) procedente del Tolima, el 5,0 % (3), precedente de Cundinamarca y el 1,66 % (1)

procedente del Meta. Se han notificado 30 mortalidades, con 28 mortalidades confirmadas y dos (2) casos excluidos de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad de 46,6 % (28/60)³.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 208 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, siete (7) casos excluidos porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad acumulada del 42,0 % (87/208).

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) y San Antonio (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 07 de octubre al 13 de octubre de 2026, no se han confirmado casos 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 confirmados el 19 de septiembre de 2026 por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) en zona rural del municipio de Icononzo y municipio de 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, 14 de octubre de 2026

Con corte al 14 de octubre de 2026, se han confirmado 16 casos, de estos, 10 son importados y seis (6) relacionados a la importación, no se han reportado complicaciones ni defunciones, y se han cerrado nueve (9) casos aislados y un

conglomerado (5 casos). Último caso confirmado con fecha de inicio de exantema el 22 de 09 de 2026 en Leticia Amazonas, importado de Perú. En cuanto a la caracterización genética, ocho casos fueron genotipo D8 que corresponde al serotipo circulante en la región. La epidemia esta activa en Guatemala, Estados Unidos, México y Perú. En respuesta a esta situación, se mantienen activas las Salas de Análisis del Riesgo (SAR) departamentales y nacional.

De las últimas cuatro semanas, 106 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (55), Antioquia (18), Norte de Santander (7), Nariño (5), Amazonas (3), Cesar, Córdoba, Santa Marta, Santander, Sucre y Tolima (2) y Atlántico, Cartagena de indias, Cundinamarca, Meta, Risaralda y Vaupés un caso cada uno. Con corte al 14 de octubre de 2026, se han notificado 2 136 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 987 han sido descartados identificando casos confirmados para diagnósticos diferenciales como: dengue, parvovirus B19, herpes 6 y citomegalovirus.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 14 de octubre de 2026.

Chagas agudo en procedente de Paz de Ariporo (Casanare), 10 de octubre de 2026 45

Se confirmó un caso de Chagas agudo en una niña de 9 años, residente y procedente del área rural dispersa del municipio de Paz de Ariporo, Casanare. El caso presentó el 20 de septiembre de 2026 malestar general, fiebre, náuseas, vómito, hiporexia y lesiones orales, con posterior aparición de lesiones maculares eritematosas en abdomen y miembros inferiores.

El 02 de octubre de 2026 consultó al centro de salud donde se documentó leucopenia y trombocitopenia posterior al egreso, por persistencia de sintomatología consultó al Hospital Regional de la Orinoquía (HORO), en Yopal, donde fue hospitalizada. El 07 de octubre de 2026 se confirmó infección por *Trypanosoma cruzi*, con identificación de tripomastigotes, iniciando tratamiento con benznidazol el mismo día. La paciente permanece hospitalizada en aceptables condiciones generales y sin manifestaciones clínicas de miocarditis.

En la investigación epidemiológica de campo preliminar, la familia manifestó conocer el vector y refirió su presencia en la vivienda, ubicada en zona con condiciones ecoepidemiológicas favorables para posible exposición a *T. cruzi*, la vía de transmisión (oral vs. vectorial) permanece en estudio.

Adicionalmente, se encuentra pendiente el envío de muestras para control de calidad al LNR del INS y el reporte de las acciones desarrollados en el marco del estudio de brote por parte del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) departamental.

Fuente: Informe de situación - Sitrep, Secretaría de salud de Casanare, Colombia, 8 de octubre de 2026.

Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud en Colombia a septiembre de 2026

Entre enero y septiembre de 2026, se notificaron a nivel nacional 157 situaciones relacionadas con brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS). De estos, 10 fueron descartados y dos (2) correspondieron a pseudobrotes asociados a pacientes colonizados, para un total de 145 eventos en seguimiento, clasificados como brotes de IAAS. Del total, el 49,7 % (72/145) ingresó por aumento inusual, el 30,3 % (44/145) por aparición de primera vez y el 20,0 % (29/145) por cambios de perfil de resistencia a los antimicrobianos.

Los 15 brotes notificados en septiembre se distribuyeron en ocho entidades territoriales, con mayor concentración en Antioquia (4), Bogotá, D.C. (4), Nariño (2), Cartagena (1), Cesar (1), Cundinamarca (1), Santiago de Cali (1) y Quindío (1). Entre los brotes notificados durante este mes, los principales agentes identificados fueron: *Klebsiella pneumoniae* (UPGD: 3, casos: 3), *Burkholderia cepacia* (UPGD: 2, casos: 4), *Candida auris* (UPGD: 2, casos: 4) y *Pseudomonas aeruginosa* (UPGD: 2, casos: 12). La distribución de los microorganismos se presenta en la tabla 28.

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

Brotes 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 (%)
Septiembre	15	9	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	3	20,0	7,5
			<i>Burkholderia cepacia</i>	2	4	13,3	10,0
			<i>Candida auris</i>	2	4	13,3	10,0
			<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2	12	13,3	30,0
			<i>Virus varicela-zóster</i>	2	4	13,3	10,0
			<i>Achromobacter xylosoxidans</i>	1	1	6,7	2,5
			<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	3	6,7	7,5
			<i>Candida parapsilosis</i>	1	4	6,7	10,0
			<i>Pseudomonas fluorescens</i>	1	5	6,7	12,5
Total	15	9		15	40	100	100

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

Desde la implementación de la ficha del evento 957 – Brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en SIVIGILA 4.0, la notificación se realiza de manera colectiva e inmediata. Por lo tanto, se reitera a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y a las entidades territoriales que este es el mecanismo oficial para reportar toda sospecha de brote, desde el momento de su identificación en la institución.

Para establecer la sospecha de brote, el equipo de prevención y control de infecciones debe analizar el comportamiento de los casos según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona. Se consideran situaciones de notificación obligatoria las siguientes:

- Aumento inusual de las infecciones por encima de lo esperado para el servicio o la institución.
- Identificación, por primera vez en la institución, de un microorganismo de interés epidemiológico, incluso en un solo paciente.
- Detección de un perfil de resistencia antimicrobiana diferente al previamente conocido para un microorganismo que circula en la institución, incluso en un solo caso.

En cumplimiento del protocolo nacional de vigilancia, cada brote debe seguir la siguiente secuencia de notificación y seguimiento:

- 1. Notificación inmediata:** registrar la sospecha en SIVIGILA 4.0 dentro de las primeras 24 horas posteriores a su identificación. La UPGD debe remitir al referente de la entidad territorial los soportes del reporte de situación (SITREP) y la matriz de caracterización de los casos. Posteriormente, el referente territorial debe enviar esta información al nivel nacional, a través del correo electrónico brotes.iaas@ins.gov.co.
- 2. Reporte a las 72 horas:** enviar el SITREP actualizado y los demás soportes requeridos para el seguimiento del brote.
- 3. Informes de avance:** remitir actualizaciones cuando se presenten cambios en el número de personas infectadas, colonizadas, expuestas o fallecidas.
- 4. Caracterización microbiológica:** remitir al laboratorio de referencia los aislamientos microbiológicos de los casos confirmados, de acuerdo con los lineamientos establecidos, para su caracterización.

El diligenciamiento completo y la notificación oportuna de la información permiten a los niveles territorial y nacional identificar situaciones de riesgo, orientar y acompañar la investigación epidemiológica, y realizar seguimiento a la

implementación y efectividad de las medidas de prevención y control adoptadas por las instituciones.

ALERTAS INTERNACIONALES

Situación epidemiológica sobre sarampión y evaluación de riesgo en salud pública en la región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 08 de octubre

En 2026, hasta el 03 de octubre se notificaron 55 792 casos confirmados de sarampión y 77 muertes en la región de Las Américas, representando un aumento de 4,6 veces en comparación con el mismo período de 2025. El 99,5 % de los casos se concentraron en Guatemala, México, Estados Unidos, Perú y Canadá, sin embargo, se observa un descenso en el reporte de casos en las últimas cuatro semanas para estos países. En 2026, también se notificaron casos en Argentina, Belice, Bolivia, Bonaire, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Panamá y Uruguay. Se han notificado 77 muertes, de las cuales 50 ocurrieron en Guatemala, 23 en México, 2 en los Estados Unidos de América, una en Perú y una en Bolivia.

De acuerdo con la valoración de riesgo realizada por la OPS, el riesgo de salud pública asociado al sarampión en la región en el contexto de los eventos masivos religiosos se clasifica como muy alto. Lo anterior por la persistencia de brotes activos, el aumento de mortalidad en 2026 comparado con 2025, la persistencia de coberturas de vacunación < 95,0 %, el aumento y concentración geográfica de población susceptible y la alta movilidad entre los países dentro y fuera de la región.

Fuentes: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe de Situación Regional - N.º 13 Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 08 de octubre de 2026. Fecha de consulta: 10 de octubre de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/10/pahomeaslessitrep13esp.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Evaluación de riesgo para la salud pública sobre sarampión en el contexto de eventos religiosos masivos en América del Sur: implicaciones para la Región de las Américas. Fecha de publicación: 08 de octubre de 2026. Fecha de consulta: 10 de octubre de 2026. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2026/10/2026-oct-8-evaluacion-riesgo-sarampion-eventos-masivos-final-esp_0.pdf





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 40 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 40

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Defectos Congénitos			Hepatitis A		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	41	1	0	462	38	57	773	20	111	112	7	12	2	0	1	19	2	2	227	63	8
Antioquia	454	13	16	17221	1447	1563	3383	266	506	1204	113	158	36	4	8	1798	182	166	227	63	8
Arauca	93	2	2	850	61	83	2466	91	298	759	23	85	31	0	3	46	5	4	1	1	0
Atlántico	69	2	2	3493	287	329	3307	249	556	1439	148	223	23	7	5	48	5	4	4	1	1
Barranquilla D.E.	11	0	0	4018	290	354	2707	251	316	1227	140	143	23	5	2	81	8	4	4	1	0
Bogotá D.C.	1	0	0	19852	1853	1931	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3588	358	390	90	20	12
Bolívar	212	8	5	2378	219	203	8256	296	1291	3405	149	539	106	7	13	391	39	42	3	0	0
Boyacá	59	2	1	5867	519	595	263	19	43	116	8	15	4	0	1	595	58	61	4	1	0
Buenaventura D.E.	17	0	1	111	11	9	150	30	30	53	12	12	2	0	1	28	3	2	0	0	0
Caldas	53	1	0	3600	303	394	156	13	19	67	8	8	0	0	0	106	11	5	7	1	1
Santiago de Cali D.E.	8	0	0	4627	416	475	1154	564	153	421	225	52	9	6	4	532	51	68	3	38	0
Caquetá	135	3	1	998	94	101	423	38	18	221	20	11	12	0	2	72	7	5	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	21	0	0	2174	148	216	3252	435	350	614	197	53	34	10	3	483	50	45	1	0	0
Casanare	139	3	1	1831	133	185	3507	76	245	1045	32	75	23	1	0	78	7	10	1	1	0
Cauca	92	1	1	5161	451	447	213	57	48	71	22	16	8	1	2	769	77	66	5	2	0
Cesar	213	8	8	2703	204	267	6319	251	316	3522	154	133	48	5	3	82	9	7	2	1	1
Chocó	178	4	4	277	23	17	1022	84	185	223	17	48	6	1	0	93	10	9	0	0	0
Córdoba	300	8	8	4398	384	364	2849	365	280	1264	175	133	12	3	2	215	21	7	1	1	0
Cundinamarca	72	3	0	13242	1111	1278	1699	146	389	653	72	168	20	1	6	979	99	99	18	4	5
Guainía	6	0	0	229	13	25	9	4	1	2	1	1	0	0	0	25	3	1	1	0	0
Guaviare	59	1	0	331	67	29	588	28	126	148	8	28	3	0	0	32	3	4	0	0	0
Huila	122	3	9	5857	391	599	1036	143	129	413	54	46	49	5	4	338	35	26	9	2	2
La Guajira	112	3	2	2015	250	176	3137	126	63	1687	88	40	52	3	0	81	9	4	3	1	0
Magdalena	123	3	2	2073	193	188	5259	116	576	2572	77	257	35	2	2	41	4	1	1	4	0
Meta	227	3	6	3838	330	397	13572	323	1047	4065	115	327	119	3	11	176	19	16	7	11	0
Nariño	111	2	5	6514	555	639	639	74	71	249	24	28	6	1	2	204	21	18	3	0	0
Norte de Santander	265	7	5	6321	488	668	5606	313	734	2059	158	231	71	6	3	293	28	32	20	17	1
Putumayo	105	4	3	1640	141	171	390	42	77	113	13	26	6	0	1	160	17	13	0	0	0
Quindío	12	0	0	2853	222	257	356	25	87	87	9	17	12	0	5	70	8	2	2	2	0
Risaralda	53	1	1	3864	320	362	182	19	41	75	9	18	2	0	0	146	13	23	15	3	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	311	28	31	39	8	6	13	4	2	1	0	1	9	1	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	35	0	0	1695	134	162	2064	74	40	918	44	18	8	1	1	28	3	1	1	0	0
Santander	160	6	3	7156	568	693	6462	466	1059	2505	207	394	43	5	7	236	23	22	82	4	9
Sucre	74	2	1	2410	199	222	2065	206	508	937	129	203	17	4	2	95	9	5	2	0	0
Tolima	116	2	1	6563	537	636	2869	374	587	929	171	225	44	3	16	161	16	14	6	2	1
Valle del Cauca	59	2	1	8031	636	750	1917	358	464	655	140	124	17	2	4	399	38	49	5	11	1
Vaupés	33	0	0	191	14	21	83	1	19	8	0	1	0	0	0	39	4	0	1	0	0
Vichada	42	1	1	206	24	23	113	17	24	33	5	8	0	0	0	25	3	2	0	0	0
Total nacional	3.882	99	90	155.361	13.098	14.917	88.285	5.968	10.813	33.884	2.778	3.878	884	86	115	12.561	1.255	1.229	531	194	44

49

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	18	3	2	19	2	3	2	0	0	0	0	0	1	0	0	14	1	3	0	0	0
Antioquia	3070	354	296	512	75	55	12	1	0	8	1	3	95	9	8	531	64	54	200	24	7
Arauca	71	7	7	109	10	7	1	0	1	0	0	0	5	0	1	40	3	2	3	0	0
Atlántico	466	52	47	78	9	12	2	1	0	0	0	0	45	4	2	126	13	10	9	1	2
Barranquilla D.E.	506	62	59	61	8	8	2	6	0	2	0	1	52	4	7	196	15	27	19	2	5
Bogotá D.C.	3692	342	420	279	24	21	11	1	3	15	1	1	124	12	14	878	86	103	315	36	45
Bolívar	229	20	20	95	15	4	2	0	1	3	0	0	27	2	2	118	8	2	12	1	4
Boyacá	350	50	30	102	13	11	0	1	0	0	0	0	20	1	2	90	7	17	25	13	0
Buenaventura D.E.	23	4	3	17	1	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	21	2	2	1	0	0
Caldas	424	49	37	117	14	7	2	0	0	0	0	0	15	1	2	67	8	6	16	5	0
Santiago de Cali D.E.	910	91	79	113	13	11	2	1	0	2	0	0	36	3	1	222	21	22	9	1	0
Cauquetá	67	13	10	81	10	14	0	0	13	1	0	0	8	1	2	46	4	2	2	0	0
Cartagena de Indias D.T.	315	29	33	39	6	4	0	0	0	2	0	1	17	1	1	51	7	4	4	0	1
Casanare	106	13	13	68	9	10	0	0	0	0	0	0	7	0	1	35	4	4	25	3	0
Cauca	247	32	24	215	27	19	1	1	0	2	0	1	14	2	0	80	7	6	6	1	0
Cesar	298	28	44	142	13	17	2	0	0	2	0	1	38	6	6	105	17	5	13	2	1
Chocó	34	1	3	48	5	5	2	1	0	0	0	0	9	0	2	31	2	3	0	0	0
Córdoba	465	53	52	220	25	20	8	1	0	4	0	1	52	5	3	207	22	14	17	3	2
Cundinamarca	1067	109	110	251	22	21	10	2	0	2	0	0	47	5	5	228	15	37	144	20	5
Guainía	6	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0
Guaviare	12	4	0	24	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	16	1	1	0	0	0
Huila	328	30	39	214	27	24	1	0	0	2	0	0	25	2	2	121	9	10	12	1	1
La Guajira	129	14	11	86	6	6	1	1	0	0	1	0	25	1	0	89	9	13	9	0	1
Magdalena	181	17	29	63	8	7	0	0	0	0	0	0	13	1	2	56	8	9	2	0	0
Meta	281	31	32	154	18	21	1	0	1	0	0	0	36	4	5	134	12	11	9	1	1
Nariño	526	65	53	231	32	21	7	0	0	3	0	0	27	4	4	151	19	20	19	2	5
Norte de Santander	475	52	43	261	29	25	0	1	0	0	0	0	39	3	3	182	16	17	17	2	0
Putumayo	82	10	6	115	13	13	0	0	0	0	0	0	16	2	2	63	6	5	4	0	0
Quindío	211	26	17	51	9	7	0	0	0	0	0	0	6	1	0	79	7	8	12	3	2
Risaralda	444	52	45	82	13	7	4	0	0	0	0	0	20	2	1	97	13	6	7	2	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	15	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	188	18	21	25	2	3	0	0	0	0	0	0	10	1	0	34	4	15	10	1	0
Santander	736	75	64	198	25	20	2	0	0	1	1	0	48	3	2	162	13	18	20	1	0
Sucre	210	26	24	70	10	12	1	0	0	0	0	0	20	1	2	105	7	12	6	0	0
Tolima	423	47	71	177	24	15	4	0	0	1	0	0	16	2	4	101	9	11	63	0	13
Valle del Cauca	656	76	66	142	26	14	17	1	2	1	0	0	79	3	4	174	21	21	27	1	2
Vaupés	10	1	2	16	1	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	0	0	0	0	0
Vichada	8	2	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0
Total nacional	17.279	1.860	1.817	4.484	550	452	99	20	9	51	5	9	995	87	90	4.671	462	502	1.037	130	97

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	4	1	1	1	0	0	0	0	0	1920	277	139	2	2	0	4822	549	411	94	15	5
Antioquia	915	90	85	63	4	3	395	17	28	7806	781	789	211	29	39	744250	77189	64747	29059	2688	2342
Arauca	6	1	0	30	3	1	3	1	3	186	6	13	6	2	0	18832	2317	1974	2539	186	353
Atlántico	89	12	4	9	0	1	5	1	5	2	0	0	5	5	0	120996	12205	16295	2634	269	242
Barranquilla D.E.	215	18	15	18	1	0	8	3	8	0	0	0	16	9	2	169866	18445	20886	9572	626	1112
Bogotá D.C.	2071	185	205	2	0	0	276	8	29	0	0	0	160	46	30	1246383	129902	147286	55281	4698	4694
Bolívar	68	15	9	3	0	0	1	1	1	1766	108	187	27	5	9	102087	11973	9503	2480	289	222
Boyacá	38	9	5	3	0	1	2	1	2	179	0	5	28	6	6	96247	12556	9650	5551	466	522
Buenaventura D.E.	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1584	162	210	13	2	2	8060	1151	756	34	7	0
Caldas	91	10	3	25	3	0	9	19	9	8	2	0	27	3	6	61719	7741	5231	2516	228	164
Santiago de Cali D.E.	217	41	14	86	3	4	94	8	5	3	1	1	88	12	13	176539	20838	16438	5036	477	446
Caquetá	23	3	1	8	0	0	5	4	5	330	16	37	18	3	2	25113	2988	1989	1815	160	140
Cartagena de Indias D.T.	26	12	5	1	0	0	4	4	4	2	0	0	17	5	2	136047	18599	15412	8969	436	536
Casanare	32	2	1	10	1	0	0	1	0	24	1	0	8	2	0	20370	2783	2022	315	74	13
Cauca	35	6	3	12	0	0	13	3	13	1990	240	123	40	3	7	75273	9608	6045	3418	197	219
Cesar	85	8	5	36	5	2	3	2	3	12	2	1	43	3	9	83365	10683	8194	4438	623	484
Chocó	4	0	0	2	1	0	6	0	6	25782	2186	3309	17	3	3	19011	1846	1527	1001	141	67
Córdoba	216	35	15	2	0	0	3	1	3	4264	782	407	25	5	4	159621	14707	14774	8311	597	676
Cundinamarca	262	28	26	7	0	1	11	5	11	0	0	0	63	9	9	271121	26853	28381	12261	978	1112
Guainía	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2958	355	291	0	0	0	1396	201	152	77	23	2
Guaviare	78	3	5	0	0	0	0	1	0	1237	98	130	3	0	1	5176	563	586	878	37	76
Huila	95	15	6	25	1	0	8	3	8	1	0	1	26	5	2	63701	9587	5515	4113	345	355
La Guajira	26	3	3	6	1	0	0	1	0	14	2	2	11	2	2	219061	14704	23773	3019	601	288
Magdalena	13	3	0	5	0	1	0	0	0	13	1	1	15	2	2	96726	8988	8069	3490	254	490
Meta	138	11	18	20	3	0	16	13	16	1444	41	124	12	4	1	68603	6609	6555	2772	216	246
Nariño	174	20	14	11	0	0	22	7	22	3043	706	216	72	9	19	90129	13277	9066	6201	391	464
Norte de Santander	100	14	9	4	0	0	25	8	25	879	103	66	80	10	17	119564	12690	8782	8242	719	533
Putumayo	23	5	1	4	0	0	5	3	5	62	4	3	7	2	1	30876	2328	2641	1228	104	158
Quindío	192	19	23	3	0	0	12	4	12	3	2	1	10	3	1	37862	5570	2869	2053	201	148
Risaralda	93	13	7	10	0	0	3	2	3	2445	347	126	60	6	9	77910	8940	4725	2427	312	116
Archipiélago de San Andrés y Providencia	4	1	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	1	1	4830	667	533	567	71	38
Santa Marta D.T.	21	4	1	6	0	0	2	2	2	0	0	0	13	2	3	44718	3138	4444	2818	216	224
Santander	137	13	20	7	0	0	3	1	3	14	1	2	118	8	32	194971	16051	16911	13609	1231	1227
Sucre	29	4	2	1	0	0	0	0	0	52	7	9	24	3	8	77682	9135	7581	5663	719	482
Tolima	75	7	3	16	1	0	13	6	13	18	0	3	15	4	2	105092	10187	8779	7196	459	496
Valle del Cauca	466	49	28	45	6	0	11	8	11	21	9	4	36	8	8	102129	11669	7728	2807	257	196
Vaupés	4	0	0	9	1	0	0	0	0	1093	232	225	8	1	1	5073	405	659	108	14	11
Vichada	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1531	129	76	2	0	0	2296	392	220	6	4	0
Total nacional	6.071	663	538	490	30	14	960	48	68	60.688	6.679	6.325	1.328	221	253	4.887.517	518.034	491.109	222.598	19.329	18.899

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Morbilidad Materna Extrema			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	2291	318	211	70	55	70	13	14	13	0	0	0	0	0	0
Antioquia	2981	746	491	325460	31997	35729	3023	2663	3023	591	648	591	9	10	0	455	52	28
Arauca	47	6	17	6535	605	695	156	125	156	40	47	40	2	1	0	23	1	1
Atlántico	1719	282	230	47555	4141	5246	947	890	947	101	179	101	2	3	0	58	4	2
Barranquilla D.E.	1323	274	366	59214	5514	5464	1190	1320	1190	152	210	152	1	2	0	135	9	6
Bogotá D.C.	7127	1392	1301	615451	59377	77927	5138	3916	5138	574	612	574	18	11	0	1167	117	94
Bolívar	332	112	57	23806	2520	2116	837	773	837	155	170	155	7	3	1	33	3	2
Boyacá	333	77	76	39545	3861	4864	654	475	654	90	106	90	4	2	0	146	15	18
Buenaventura D.E.	8	2	0	2524	256	268	92	101	92	42	60	42	0	1	0	2	0	1
Caldas	961	146	125	27086	2575	2839	510	462	510	59	74	59	2	1	0	36	7	5
Santiago de Cali D.E.	454	60	54	76324	9236	6687	1549	1288	1549	202	231	202	2	3	1	106	18	7
Caquetá	23	9	5	12140	1301	1269	184	176	184	37	49	37	0	2	0	25	3	3
Cartagena de Indias D.T.	1461	236	312	41608	3853	4715	1009	853	1009	122	182	122	1	2	0	49	5	3
Casanare	114	16	17	8491	883	866	287	264	287	38	59	38	2	2	0	44	2	5
Cauca	179	84	42	29056	5098	2728	890	787	890	154	189	154	2	3	0	49	8	5
Cesar	326	156	79	19091	2228	1824	1065	679	1065	169	204	169	1	4	0	64	5	1
Chocó	33	4	10	13611	1017	1428	245	226	245	114	139	114	0	2	0	3	0	0
Córdoba	1498	290	368	36037	3745	3437	822	869	822	198	293	198	3	5	0	149	15	8
Cundinamarca	848	259	170	129491	12962	14379	2055	1430	2055	276	312	276	5	6	0	338	31	35
Guainía	0	0	0	1221	121	116	38	18	38	16	14	16	0	0	0	0	0	0
Guaviare	56	13	8	3584	235	424	43	25	43	7	11	7	1	0	0	6	1	1
Huila	534	76	121	32038	4178	4050	746	637	746	123	136	123	7	3	0	115	13	8
La Guajira	489	61	58	34295	4175	4152	1293	1056	1293	223	306	223	0	3	0	25	2	0
Magdalena	25	6	6	27113	2789	2323	586	554	586	96	142	96	1	2	0	21	2	0
Meta	203	77	46	36087	3916	3216	427	307	427	111	140	111	5	2	0	53	6	0
Nariño	154	35	33	37295	5393	3609	1480	989	1480	124	153	124	7	3	0	108	14	15
Norte de Santander	701	110	103	42384	5013	4381	937	504	937	127	173	127	4	3	0	137	16	8
Putumayo	40	6	7	10991	1054	782	420	277	420	26	47	26	3	1	0	39	3	2
Quindío	381	59	51	25057	2582	2419	162	111	162	42	45	42	0	1	0	39	3	1
Risaralda	232	50	20	30723	3370	2968	443	488	443	79	80	79	2	1	0	41	5	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	15	0	3	2209	258	363	11	15	11	5	10	5	0	0	0	5	0	1
Santa Marta D.T.	627	156	105	15768	1317	1434	478	403	478	67	72	67	1	2	0	17	1	3
Santander	2008	378	389	75868	6629	7847	881	624	881	129	172	129	4	4	0	61	8	8
Sucre	822	266	193	20245	2301	1973	482	466	482	110	138	110	3	2	0	44	4	5
Tolima	368	55	73	49134	4707	5363	760	684	760	83	120	83	5	2	0	41	8	8
Valle del Cauca	816	110	91	55683	5453	5442	829	717	829	136	158	136	3	4	0	120	12	3
Vaupés	0	1	0	2254	117	298	41	25	41	6	11	6	0	0	0	3	0	0
Vichada	1	0	0	1250	140	93	82	47	82	32	29	32	0	0	0	2	0	2
Total nacional	27.239	5.601	5.027	2.018.515	205.236	223.945	30.862	25.295	30.862	4.669	5.735	4.669	110	90	2	3.759	393	292

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19			Infecciones asociadas a dispositivos IAD			Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos IAPMQ		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	2	1	0	6	0	0	90	6	14	1	0	0	0	0	0	2	1	0
Antioquia	15	5	0	1076	45	33	2124	209	152	335	40	19	1048	60	58	553	61	55
Arauca	1	1	1	45	1	9	177	14	37	51	7	3	18	2	0	15	2	0
Atlántico	0	0	0	26	1	2	672	70	82	33	3	0	76	3	4	40	4	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	51	4	4	809	75	49	77	7	1	380	30	12	122	17	15
Bogotá D.C.	731	5	22	1006	67	35	3840	358	316	1502	222	117	1446	96	71	684	85	70
Bolívar	2	0	0	30	3	0	368	42	20	15	1	0	14	1	2	59	8	3
Boyacá	17	1	1	132	3	6	581	57	48	178	26	19	148	9	7	62	7	3
Buenaventura D.E.	0	1	0	3	0	0	28	1	3	1	0	0	5	1	0	6	0	0
Caldas	2	1	0	26	1	6	362	29	28	18	1	5	326	14	28	49	4	2
Santiago de Cali D.E.	1	0	0	37	2	0	772	89	41	92	8	9	871	48	64	172	23	13
Caquetá	1	0	0	5	0	0	182	15	16	11	1	6	23	1	0	10	1	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	58	2	3	376	55	32	30	0	0	230	21	17	76	11	10
Casanare	1	0	0	46	0	1	212	21	27	22	6	6	34	2	1	12	2	1
Cauca	3	0	0	33	1	2	234	22	23	104	24	14	133	8	7	50	5	4
Cesar	0	0	0	71	2	3	534	30	28	19	0	2	654	47	20	78	10	6
Chocó	0	1	0	117	6	1	22	5	1	11	1	1	0	0	0	7	1	1
Córdoba	1	0	0	21	2	4	1034	132	59	42	5	0	327	29	9	98	17	15
Cundinamarca	250	2	5	181	16	10	1982	158	208	270	43	19	143	14	8	142	16	12
Guainía	1	1	0	3	0	0	32	1	11	1	0	0	0	0	0	5	0	0
Guaviare	1	1	0	3	0	0	32	5	3	8	3	1	0	0	0	10	0	1
Huila	12	1	0	34	3	1	478	45	35	25	7	4	227	20	11	60	8	2
La Guajira	0	0	0	33	2	1	359	27	36	22	1	2	67	5	2	21	6	10
Magdalena	0	1	0	18	1	0	272	30	15	4	0	0	0	0	0	35	7	2
Meta	13	1	0	122	7	8	375	52	38	35	4	4	126	7	4	53	8	3
Nariño	2	1	0	69	5	3	696	63	83	22	0	1	172	10	4	73	9	6
Norte de Santander	0	0	0	99	5	0	1203	90	88	62	5	5	256	21	12	121	15	11
Putumayo	1	1	0	23	1	1	143	17	22	19	3	5	8	3	0	20	4	2
Quindío	1	1	0	21	1	1	260	32	15	46	14	5	84	9	9	71	6	7
Risaralda	1	1	0	78	3	0	372	36	21	18	2	1	74	3	0	40	7	5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	1	0	3	0	0	72	6	5	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	17	8	3	195	13	13	9	2	0	168	11	4	26	4	1
Santander	1	0	0	174	8	2	901	76	76	93	9	6	316	28	11	97	12	3
Sucre	4	1	0	32	10	1	432	58	33	29	1	0	255	11	9	62	4	10
Tolima	7	1	0	26	3	5	564	70	68	47	7	5	175	16	3	36	7	2
Valle del Cauca	0	0	0	13	1	1	852	86	81	42	10	8	55	9	4	311	6	2
Vaupés	1	1	0	109	4	1	32	1	6	3	0	0	0	0	0	3	0	0
Vichada	4	1	0	29	0	1	75	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	1.076	50	29	3.876	212	148	21.744	2.075	1.835	3.299	463	268	7.859	535	381	3.007	374	280

53

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 40

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, BD		Hepatitis C		Intento de Suicidio	
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 laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	50	39	0	0	18	23	0	2	66	72
Antioquia	1	1	0	0	1743	2073	0	1	234	263	196	329	4341	4683
Arauca	1	0	0	0	219	135	0	0	24	94	1	3	143	175
Atlántico	1	0	0	0	337	271	0	0	45	37	23	23	756	757
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	209	167	0	0	55	34	33	48	752	800
Bogotá D.C.	1	0	0	0	2547	1937	0	0	249	384	366	512	4345	4966
Bolívar	0	2	0	0	404	467	0	0	25	28	3	5	457	423
Boyacá	2	0	0	0	404	437	0	0	19	55	12	15	858	767
Buenaventura D.E.	0	1	0	0	125	108	0	0	8	5	1	4	78	87
Caldas	0	0	0	0	153	157	0	0	41	61	10	23	938	988
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	394	396	1	0	73	66	111	120	1392	1586
Caquetá	0	0	0	0	149	109	0	0	23	18	1	3	200	174
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	291	455	0	0	29	27	13	14	454	506
Casanare	7	1	0	0	252	173	0	0	31	94	2	4	239	240
Cauca	0	0	0	0	258	285	0	0	48	67	10	10	685	724
Cesar	3	0	0	0	631	798	0	0	48	72	5	11	471	501
Chocó	0	0	0	0	669	763	0	0	32	38	2	2	96	148
Córdoba	1	2	0	0	459	510	0	0	75	62	5	15	860	926
Cundinamarca	1	0	0	0	1030	941	0	2	90	122	42	58	1890	2334
Guainía	0	0	0	0	45	23	0	0	2	1	0	0	24	24
Guaviare	0	0	0	0	78	53	0	0	40	51	0	1	50	52
Huila	0	0	0	0	358	314	0	1	43	62	7	9	657	690
La Guajira	0	0	0	0	1623	1327	0	0	29	35	4	2	245	312
Magdalena	0	0	0	0	520	504	0	0	24	18	2	4	299	342
Meta	1	0	0	0	345	371	0	0	27	57	7	14	580	548
Nariño	0	0	0	0	549	609	0	0	63	87	7	15	1181	1213
Norte de Santander	1	1	0	0	574	472	0	0	136	226	25	17	900	1028
Putumayo	0	0	0	0	160	147	0	0	51	56	1	3	246	207
Quindío	0	0	0	0	80	73	0	0	20	27	35	21	415	404
Risaralda	0	0	0	0	335	470	0	0	41	62	40	55	993	951
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	14	0	0	1	2	1	0	22	28
Santa Marta D.T.	0	0	0	1	99	127	0	0	21	18	7	14	243	273
Santander	3	0	0	0	392	401	0	0	78	150	17	22	1322	1432
Sucre	1	0	0	0	226	337	0	0	23	28	2	3	401	391
Tolima	2	0	0	0	296	297	0	0	42	42	15	30	945	936
Valle del Cauca	0	0	0	0	408	451	0	0	46	83	27	52	1078	1176
Vaupés	0	0	0	0	49	23	0	0	12	25	0	0	63	73
Vichada	0	0	0	0	229	179	0	0	9	11	0	1	22	30
Total nacional	29	8	0	1	16.697	16.413	1	4	1.875	2.591	1.033	1.464	28.705	30.967

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 40

Decremento
 Incremento

	Leishmaniasis Cutanea		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	13	9	0	0	0	0	1	0	3	2	1	0	1	6
Antioquia	867	502	18	2	15	12	6	4	24	26	11	8	107	454
Arauca	15	11	0	1	1	0	0	1	3	2	1	0	4	1
Atlántico	1	3	1	0	6	1	1	0	7	3	5	0	25	25
Barranquilla D.E.	0	0	3	0	5	0	1	1	5	8	2	1	20	21
Bogotá D.C.	0	0	1	4	15	12	1	2	28	27	0	1	122	986
Bolívar	322	305	2	0	6	1	2	1	10	11	7	3	19	7
Boyacá	147	84	0	1	3	2	1	0	4	3	1	1	20	18
Buenaventura D.E.	16	25	2	1	2	1	0	3	4	3	2	2	5	3
Caldas	162	79	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	16	11
Santiago de Cali D.E.	1	0	2	1	4	1	1	0	7	1	1	1	35	39
Caquetá	209	129	10	0	2	3	0	0	6	2	3	0	7	6
Cartagena de Indias D.T.	1	1	10	4	5	4	1	0	7	7	2	0	16	34
Casanare	7	6	0	1	2	3	1	0	1	3	1	0	7	11
Cauca	44	19	0	2	6	4	4	2	9	3	1	2	25	3
Cesar	172	267	1	0	9	4	5	3	7	10	10	10	23	27
Chocó	194	142	1	0	10	7	20	13	28	34	35	20	9	12
Córdoba	160	99	2	1	7	2	1	1	11	14	7	1	31	29
Cundinamarca	157	86	2	1	8	6	0	0	9	6	0	0	55	143
Guainía	14	10	0	0	1	0	1	0	3	0	1	1	1	1
Guaviare	251	146	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Huila	8	12	2	1	3	2	0	1	4	4	3	0	19	44
La Guajira	21	27	0	0	16	11	20	16	33	26	35	25	17	2
Magdalena	6	10	0	0	6	5	1	4	9	7	12	3	15	6
Meta	162	94	0	1	4	1	1	1	5	9	6	2	18	32
Nariño	179	101	2	0	8	4	2	2	8	6	3	0	26	37
Norte de Santander	178	119	1	0	6	0	2	0	4	3	3	0	26	61
Putumayo	196	47	0	0	2	1	1	2	2	0	1	1	6	7
Quindío	1	0	1	0	1	2	0	0	2	1	0	0	9	12
Risaralda	93	69	4	3	3	3	7	2	6	14	7	1	15	12
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
Santa Marta D.T.	11	14	1	1	3	2	2	1	3	1	0	1	9	20
Santander	527	689	3	1	4	0	1	1	6	2	1	0	37	40
Sucre	84	71	3	1	3	3	0	1	5	2	2	0	16	18
Tolima	191	79	5	10	4	5	1	2	6	6	1	1	21	38
Valle del Cauca	14	7	3	1	2	1	2	2	9	4	3	1	32	53
Vaupés	32	11	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	1	1
Vichada	27	31	0	0	3	1	2	3	4	2	8	8	2	0
Total nacional	4.292	3.304	352	327	174	104	97	71	300	252	174	94	822	2.224

55

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 40

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexos epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexos epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexos epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexos epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexos epidemiológico	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexos epidemiológico	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexos epidemiológico	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexos epidemiológico	Casos confirmados por laboratorio	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Casos sospechosos
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	3	3	17	19	0	0	49	58	2	2	16	25	524	449
Antioquia	124	108	970	1133	2	2	3002	3810	97	106	2172	2006	18430	15576
Arauca	26	11	137	122	0	0	114	114	1	1	71	85	996	1102
Atlántico	38	21	279	263	1	0	388	518	16	25	344	311	2028	1943
Barranquilla D.E.	36	16	307	270	1	2	675	803	20	32	625	461	2088	2411
Bogotá D.C.	86	88	704	824	0	0	1050	1181	28	31	2962	2427	25717	24938
Bolívar	35	19	245	217	2	3	158	174	4	2	168	131	1930	1894
Boyacá	18	8	80	76	0	1	143	175	2	2	144	134	3499	3446
Buenaventura D.E.	19	14	111	100	0	0	136	167	5	7	86	74	289	247
Caldas	15	13	112	130	0	0	268	282	4	4	243	247	2519	2768
Santiago de Cali D.E.	24	27	381	505	0	0	1208	1204	40	40	1014	847	6080	4947
Caquetá	7	4	68	68	0	0	210	238	5	9	78	84	894	782
Cartagena de Indias D.T.	58	31	288	328	1	0	350	441	5	7	442	306	1215	1532
Casanare	32	20	113	141	0	0	125	157	4	4	107	139	724	891
Cauca	16	11	147	179	0	1	243	238	3	1	216	248	2744	2772
Cesar	31	20	254	236	1	0	356	389	4	10	284	290	1634	1722
Chocó	40	28	194	168	0	0	189	202	2	2	64	90	361	451
Córdoba	22	16	243	224	2	1	228	263	5	3	463	419	2764	2817
Cundinamarca	51	29	306	384	1	0	430	541	13	13	641	648	11410	12298
Guainía	6	6	16	10	0	0	18	17	0	0	4	5	172	150
Guaviare	4	2	20	14	0	0	32	46	1	0	27	28	253	342
Huila	14	12	123	152	0	1	347	391	7	6	335	283	4927	5256
La Guajira	52	31	307	253	0	1	442	631	7	11	226	349	1131	1188
Magdalena	24	9	189	195	2	0	148	167	2	5	131	138	1118	1169
Meta	38	50	204	215	0	0	550	577	19	23	242	275	2050	2178
Nariño	14	14	176	190	1	1	148	229	4	6	269	279	3676	4086
Norte de Santander	69	29	393	346	0	0	595	744	12	12	456	462	3175	3413
Putumayo	5	7	73	71	0	1	89	103	3	1	75	79	1145	1362
Quindío	9	11	77	75	0	0	227	253	4	9	226	183	2151	1988
Risaralda	22	10	145	161	0	2	509	564	20	8	425	369	2975	2827
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	6	6	0	0	9	15	0	1	10	18	191	197
Santa Marta D.T.	14	11	100	185	0	0	221	278	3	2	192	153	549	510
Santander	51	22	346	371	0	0	891	1111	23	16	537	500	5192	5649
Sucre	12	14	163	134	1	2	84	80	1	2	180	166	1436	1428
Tolima	21	19	131	143	1	1	471	614	12	14	303	324	2623	2862
Valle del Cauca	31	22	262	325	0	0	589	829	17	20	533	625	5865	5768
Vaupés	1	3	4	5	0	0	16	26	0	0	4	2	246	358
Vichada	6	6	30	32	0	0	30	21	1	0	12	19	207	207
Total nacional	1.084	765	7.722	8.270	14	19	14.740	17.651	396	437	14.327	13.229	124.929	123.924



Semana epidemiológica 40

04 al 10 de octubre de 2026

TEMA CENTRAL

Seguimiento a la notificación de eventos priorizados en poblaciones de interés especial para la salud pública, etnias, Colombia, 2026

Directora General INS

Dra. Zulma Milena Cucunubá Pérez

Expertos temáticos

Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Greace Alejandra Ávila Mellizo

Subdirectora (E) de Vigilancia, Control y Prevención

Luis Carlos Gómez Ortega

Subdirector (E) 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: Alejandra Margarita Muñoz Suárez, Grupo de gestión del riesgo y respuesta inmediata. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Sandra Milena Rivera Vargas, Claudia Marcella Huguett Aragón, Viviana Carolina Moreno, Dora Mariela Callejas. **Mortalidad:** Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz, Natalí Paola Cortés Molano, Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez, Paola Andrea Benavides Barcenás. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, María Fernanda Fandiño Rodríguez. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Natalí Paola Cortés, María Alejandra Cabrera, Claudia Marcela Montaño Fuertes, Alejandra Margarita Muñoz, Erika Ximena Ospitia, Andrea Rico Hernández, Helen Del Carmen Peña Fontalvo. **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.

57 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.40>