

Sífilis gestacional y congénita

El país ha mejorado la detección temprana de la sífilis gestacional y el tratamiento oportuno de las gestantes. Estas estrategias son fundamentales para prevenir la sífilis congénita, están alineadas con las metas nacionales de eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis y reflejan el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.

Semana
epidemiológica

11 al 17 de octubre de 2026

41

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
	Comportamiento de la sífilis gestacional y la sífilis congénita en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2021 a 2026	
	Situación nacional	9
	Mortalidad	11
	Eventos trazadores	19
	Brotes y alertas	38
	Tablas de mando por departamento	44



TEMA CENTRAL

Comportamiento de la sífilis gestacional y la sífilis congénita en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2021 a 2026

Claudia Pérez Clavijo - cperez@ins.gov.co

La sífilis es una infección bacteriana de transmisión sexual causada por *Treponema pallidum*. Es una enfermedad prevenible y curable, cuya transmisión ocurre durante las relaciones sexuales orales, vaginales o anales, a través del contacto con lesiones infecciosas. También puede transmitirse de una mujer gestante al feto durante el embarazo, dando lugar a la sífilis congénita(1)

Esta forma de transmisión, conocida como transmisión maternoinfantil, suele producirse durante las primeras fases de la enfermedad y, en la mayoría de los casos, puede prevenirse mediante un diagnóstico y tratamiento oportunos. Sin embargo, si no se trata a tiempo, la infección puede causar graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido (2)

Cuando la sífilis se presenta en una mujer embarazada que no recibe tratamiento temprano y adecuado, la infección puede transmitirse al feto y generar efectos adversos graves, como aborto espontáneo, muerte fetal o la muerte del recién nacido poco después del nacimiento. Aproximadamente, el 40 % de los bebés nacidos de madres con sífilis no tratada pueden nacer muertos o fallecer a causa de la infección durante el período neonatal.

Asimismo, los recién nacidos con sífilis congénita pueden presentar daño óseo, anemia grave, hepatoesplenomegalia (agrandamiento del hígado y el bazo), ictericia, alteraciones neurológicas que pueden causar ceguera o sordera, meningitis y lesiones cutáneas. La sífilis gestacional puede curarse completamente si la gestante recibe tratamiento con penicilina benzatínica durante las primeras etapas del embarazo, preferiblemente antes del segundo trimestre(3,4).

En este sentido, las acciones desarrolladas en el país se articulan con la Estrategia ETMI PLUS: marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas, 2021-2030, formulada por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)(4). Colombia adaptó esta estrategia para el período 2021-2023 con el fin de fortalecer la respuesta nacional frente a la sífilis gestacional y congénita y avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Nacional de Eliminación 2025-2031, orientado a eliminar como problema de salud pública la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas mediante el fortalecimiento de la atención de las mujeres en edad fértil, las gestantes y sus hijas e hijos (5-7).

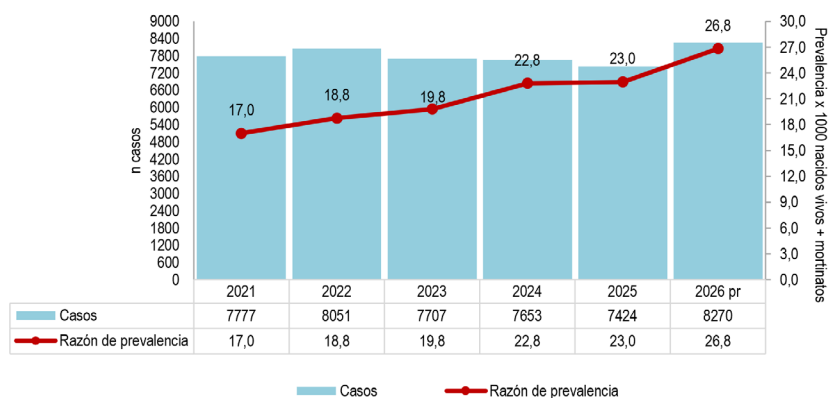
De esta manera, la articulación de estrategias de prevención, atención integral, vigilancia en salud pública y seguimiento de los casos constituye la base para avanzar hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis y mejorar los resultados en salud materna y neonatal. En Colombia, la vigilancia epidemiológica

de la sífilis se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), con énfasis en los eventos de sífilis gestacional como se establece en el protocolo de vigilancia para el caso de la sífilis gestacional que pueden ser casos nuevos o reinfecciones de sífilis gestacional y (código 750) y sífilis congénita para casos confirmados laboratorio, nexos epidemiológico y confirmas por clínica (código 740) (7).

Para este análisis se utilizó la información notificada entre las semanas epidemiológicas 1 y 40 del periodo 2021-2025, correspondiente a los años epidemiológicos cerrados y publicados, así como la información preliminar de 2026.

En relación con la sífilis gestacional, en 2026 se observa un incremento del 6,0 % en el número de casos notificados respecto de 2021 y del 11,4 % en comparación con el mismo periodo de 2025. La razón de prevalencia pasó de 17 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales en 2021 a 26,8 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales en 2026 como se muestra en la figura 1. Este incremento podría estar relacionado con diversos factores, entre ellos el fortalecimiento de las estrategias de búsqueda y diagnóstico, mejoras en la notificación y cambios en las características demográficas y reproductivas de la población. No obstante, se requieren análisis complementarios para establecer la contribución específica de estos factores (figura 1).

Figura 1. Número de casos notificados y razón de prevalencia de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2021-2025



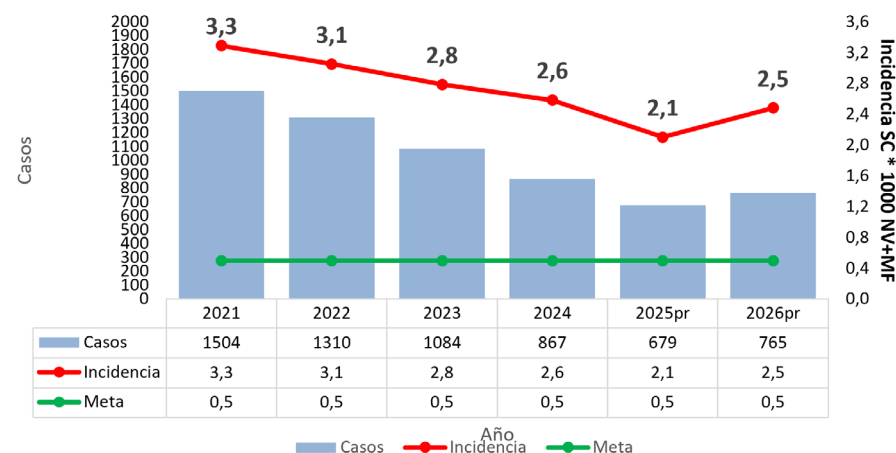
Fuente: DANE 2021 - 2025 nacidos vivos - mortinatos fetales población fija, 2026 datos convenio DANE, Instituto Nacional de Salud, Colombia, EEVV corte 21 de septiembre, Sivigila 750 2021 a periodo epidemiológico X de 2026 (datos preliminares)

Para la sífilis congénita, entre las semanas epidemiológicas 01 y 40 de 2026 se observa una tendencia general hacia la disminución en la notificación de casos. Estos pasaron de 1 504 en el mismo periodo de 2021 a 765 en 2026, lo que representa una reducción del 49,1 %. Sin embargo, al comparar con el mismo periodo de 2025, se evidencia un incremento del 13,0 % en los casos notificados.

Si bien la tendencia histórica muestra una disminución en la ocurrencia del evento, el aumento observado en 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 40) frente al mismo periodo de 2025 evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de captación temprana de las gestantes, garantizar el acceso oportuno al control prenatal y reforzar la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la sífilis durante la gestación, con el fin de reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil y, en consecuencia, la ocurrencia de casos de sífilis congénita.

Lo anterior se refleja en el comportamiento de la incidencia de sífilis congénita, que, aunque muestra una tendencia descendente durante el periodo analizado, continúa por encima de la meta de eliminación establecida. La incidencia pasó de 3,3 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales en 2021 a 2,5 casos por 1000 nacidos vivos más mortinatos fetales en 2026, como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Número de casos notificados e incidencia de sífilis congénita, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40, 2021-2026

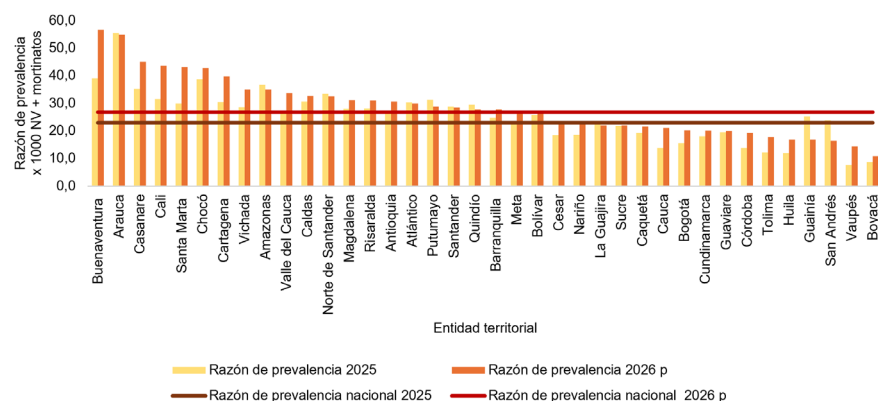


Fuente: DANE 2021 - 2025 nacidos vivos - mortinatos fetales población fija, 2026 datos convenio DANE, Instituto Nacional de Salud, Colombia, EEVV corte 21 de septiembre, Sivigila 750 2021 a periodo epidemiológico X de 2026 (datos preliminares)

Al analizar la razón de prevalencia de sífilis gestacional entre las semanas epidemiológicas 01 y 40 de 2025 y 2026, según el departamento o distrito de residencia de las gestantes notificadas al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), se observó que el 55,2 % de las entidades territoriales superaron la razón de prevalencia nacional registrada en 2026 (26,8 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales), la cual fue superior a la observada en 2025 (23,0 casos por 1.000 nacidos vivos más mortinatos fetales).

En 2026, las mayores razones de prevalencia de sífilis gestacional por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales se registraron en Buenaventura (56,6), Arauca (54,8), Casanare (43,5) y Santa Marta (43,2). En contraste, las menores razones se observaron en Boyacá (10,8), Vaupés (14,4), San Andrés (16,3) y Guainía (16,8) (figura 3).

Figura 3. Razón de prevalencia* de sífilis gestacional por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40, 2025-2026



Fuente: DANE 2025 nacidos vivos – mortinatos fetales población fija, 2026 datos convenio DANE. Instituto Nacional de Salud, Colombia, EEVV corte 21 de septiembre, Sivigila 750 2025 a 2026 periodo epidemiológico X (2026 datos preliminares)

NV: nacidos vivos

* Razón de prevalencia por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales

Al analizar la razón de prevalencia de sífilis gestacional por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales según otras variables de interés, se observaron diferencias importantes entre los grupos evaluados. De acuerdo con la pertenencia étnica, las gestantes afrocolombianas presentaron un incremento significativo en la razón de prevalencia, al pasar de 58,2 en 2025 a 69,1 en 2026 ($p < 0,001$). En contraste,

en las gestantes indígenas la razón de prevalencia se mantuvo estable en 16,0 en ambos periodos evaluados ($p = 0,99$).

Según el área de residencia, las gestantes residentes en zonas rurales registraron un aumento en la razón de prevalencia por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales, pasando de 14,5 en 2025 a 15,4 en 2026; sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,23$).

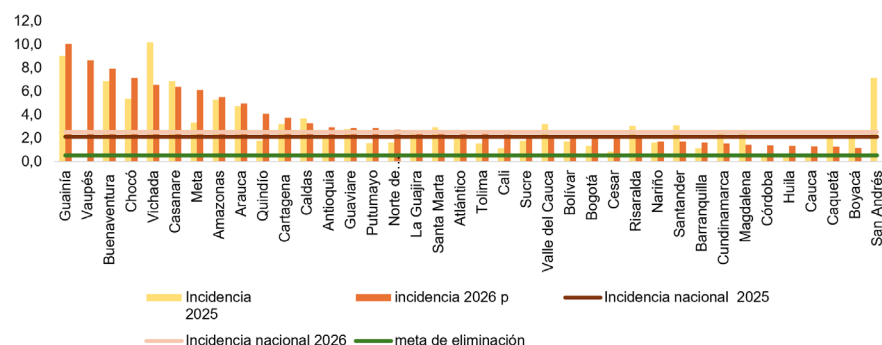
Respecto al régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), las gestantes pertenecientes al régimen subsidiado presentaron un incremento significativo en la razón de prevalencia por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales, pasando de 27,0 en 2025 a 33,2 en 2026 ($p < 0,001$).

En cuanto a la ocupación, la proporción de casos en gestantes dedicadas a labores del hogar permaneció sin variaciones, representando el 67,0 % de los casos en ambos años. Asimismo, los casos procedentes del exterior mostraron una ligera disminución, pasando de 1,7 % en 2025 a 1,6 % en 2026.

En relación con la meta nacional de eliminación de la sífilis congénita, establecida en 0,5 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales, durante las semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2026 se observó que 37 entidades territoriales no alcanzaron esta meta. Asimismo, 18 entidades presentaron incidencias superiores a la incidencia nacional, la cual fue de 2,5 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales.

Las incidencias de sífilis congénita por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales más altas se registraron en Guainía (10,1), Vaupés (8,6), Buenaventura (7,9) y Chocó (7,1). Por el contrario, las incidencias más bajas se observaron en Boyacá (1,1), Caquetá (1,3), Cauca (1,3), Huila (1,3) y Córdoba (1,4) (figura 4).

Figura 4. Incidencia* de sífilis congénita por entidad territorial de residencia de la madre, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2025- 2026



Fuente: DANE 2025 nacidos vivos – mortinatos fetales población fija, 2026 datos convenio DANE. Instituto Nacional de Salud, Colombia, EEVV corte 21 de septiembre, Sivigila 750 2025 a 2026 periodo epidemiológico X (2026 datos preliminares)

* Incidencia por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales

6 Al analizar la incidencia por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales de sífilis congénita según otras variables de interés, en 2026 se observan diferencias entre las variables analizadas. De acuerdo con el sexo del recién nacido, la incidencia aumentó tanto en niños como en niñas entre 2025 y 2026; sin embargo, este incremento evidencia una tendencia estadísticamente significativa en los niños, al pasar de 2,1 a 2,6 ($p < 0,05$). En las niñas, la incidencia aumentó de 2,1 a 2,3, sin evidencia de significancia estadística ($p = 0,14$).

Según la pertenencia étnica, la población afrocolombiana presentó un incremento significativo en la incidencia por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales, pasando de 2,9 en 2025 a 4,8 en 2026 ($p = 0,02$). Por el contrario, en la población indígena se observó una disminución de la incidencia por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales, al pasar de 2,2 en 2025 a 1,8 en 2026; no obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,61$).

Respecto al régimen de afiliación al SGSSS, la incidencia en la población afiliada al régimen subsidiado aumentó significativamente de 2,6 a 3,2 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales entre 2025 y 2026 ($p < 0,05$).

Finalmente, la proporción de casos de madres procedentes del exterior mostró una ligera disminución, pasando de 4,8 % en 2025 a 4,3 % en 2026.

En el contexto de los cambios demográficos observados en el país y de la disminución sostenida de la fecundidad, se analizó la razón de prevalencia de sífilis gestacional

según grupo de edad de la gestante, con corte a la semana epidemiológica 40 de 2026. Los resultados evidenciaron una mayor afectación en las gestantes adolescentes y mujeres jóvenes. Durante 2026, las razones de prevalencia más altas se registraron en los grupos de 15 a 19 años y de 20 a 24 años, con 41,3 y 40,4 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales, respectivamente. En particular, el grupo de 15 a 19 años presentó el mayor incremento frente a 2025, al pasar de 22,3 a 41,3 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales, lo que representa un aumento del 85,2 %.

Por el contrario, se observó una disminución de la razón de prevalencia en las gestantes de 25 a 29 años y una reducción en la notificación de casos entre las mujeres de 45 años y más. No obstante, este último grupo continuó registrando razones de prevalencia superiores a las observadas en otros grupos de edad. En conjunto, estos hallazgos evidencian una concentración de la carga de sífilis gestacional en adolescentes y mujeres jóvenes, consolidándolas como los grupos poblacionales de mayor afectación para el evento durante 2026.

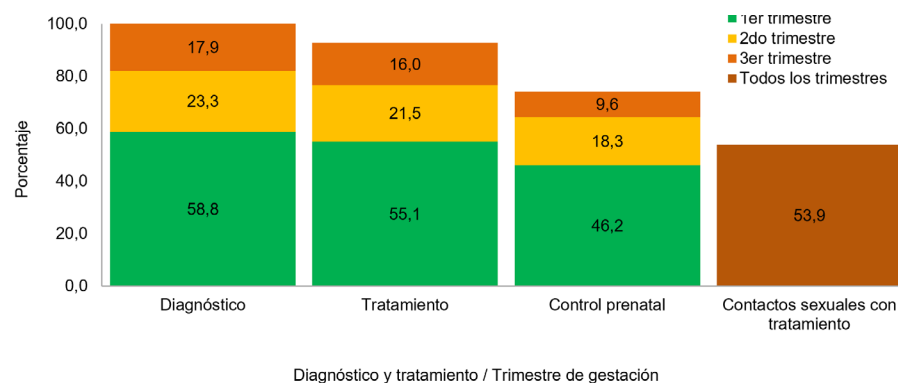
Al analizar las variables relacionadas con el acceso al diagnóstico (figura 5) de las gestantes notificadas con sífilis gestacional, con corte a la semana epidemiológica 40 de 2026, se observa una mejora en la captación oportuna de los casos en comparación con 2025. La proporción de gestantes diagnosticadas durante el primer y segundo trimestre de la gestación pasó de 80,2 % en 2025 a 82,1 % en 2026.

De manera consistente, se evidenció una reducción en la captación tardía, definida como el diagnóstico realizado durante el tercer trimestre de la gestación, cuya proporción disminuyó de 19,8 % en 2025 a 17,9 % en 2026.

Respecto al acceso al control prenatal de las mujeres diagnosticadas y notificadas con sífilis gestacional, se observó una reducción de la cobertura, pasando de 78,1 % en 2025 a 74,1 % en 2026. Para el caso de acceso a tratamiento no se observan cambios entre 2025 y 2026 manteniendo un acceso de 92,7 %.

A pesar de la mejora observada en el acceso al tratamiento de las gestantes, la cobertura de tratamiento de los contactos sexuales continúa siendo baja y mostró una ligera disminución, al pasar de 55,6 % en 2025 a 53,9 % en 2026. Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de notificación, captación y tratamiento de contactos sexuales, considerando que esta intervención constituye un componente fundamental para interrumpir la cadena de transmisión, prevenir reinfecciones durante la gestación y contribuir a la reducción de la sífilis congénita (figura 5).

Figura 5. Comportamiento de la atención a casos de sífilis gestacional, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 750 Semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2026

Al analizar las variables relacionadas con la oportunidad diagnóstica y la atención de las gestantes que desencadenaron como casos de sífilis congénita, se observó que el diagnóstico continuó realizándose principalmente durante el tercer trimestre de la gestación. Para 2026, el 86,0 % de las gestantes fueron diagnosticadas en este periodo, proporción similar a la observada en 2025 (86,4 %). Por su parte, los diagnósticos realizados durante el primer y segundo trimestre se mantuvieron estables, representando el 4,7 % y el 9,4 %, respectivamente.

En relación con el acceso a tratamiento, se evidenció un aumento en la proporción de gestantes que recibieron tratamiento, pasando de 53,1 % en 2025 a 61,8 % en 2026. De igual manera, la proporción de contactos sexuales tratados mostró un ligero incremento, pasando de 24,5 % a 25,9 % durante el mismo periodo.

Respecto al acceso al control prenatal, el comportamiento se mantuvo relativamente estable entre los dos años evaluados, con proporciones de 63,7 % en 2025 y 70,1 % en 2026.

Lo anterior evidencia que, a pesar de los avances observados en el acceso al tratamiento de las gestantes y sus contactos sexuales, la mayoría de los diagnósticos continúan realizándose durante el tercer trimestre de la gestación, lo que limita la oportunidad de las intervenciones para prevenir la transmisión materno-infantil y pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la captación temprana de las gestantes, el tamizaje oportuno y el seguimiento durante el control prenatal.

De igual manera, al revisar la oportunidad en la atención de las gestantes notificadas con sífilis gestacional según pertenencia étnica entre 2025 y 2026 con corte a semana epidemiológica 40, se identificaron diferencias en el acceso a los principales componentes de la atención. Las gestantes raizales presentaron los mayores porcentajes de oportunidad diagnóstica y de acceso al tratamiento, alcanzando coberturas del 100,0 % y del 85,7 %, respectivamente. Por su parte, las gestantes afrocolombianas mostraron una alta cobertura de control prenatal 82,7 % y de tratamiento oportuno 93,0 %; sin embargo, únicamente el 52,9 % accedió a un diagnóstico oportuno y el 49,7 % de sus contactos sexuales recibió tratamiento.

La población indígena registró los menores indicadores de oportunidad diagnóstica 36,2 % y de tratamiento de contactos sexuales (48,5 %), aunque presentó una cobertura de tratamiento oportuno de la gestante del 85,8 %. En general, el tratamiento de los contactos sexuales fue el componente con menor desempeño en todos los grupos étnicos evaluados, con coberturas inferiores al 55,0 %.

Estos hallazgos evidencian que, aunque el acceso al tratamiento de las gestantes alcanza coberturas elevadas en la mayoría de los grupos poblacionales, persisten brechas importantes en el diagnóstico oportuno y en el tratamiento de los contactos sexuales, especialmente en las poblaciones étnicas. Lo anterior resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de búsqueda activa, diagnóstico temprano y abordaje integral de los contactos sexuales como medidas fundamentales para reducir la transmisión persistente de la infección y prevenir la ocurrencia de sífilis congénita.

Conclusiones

1. En las semanas epidemiológicas 1 a 40 de 2026 los casos aumentaron 6,3 % frente a 2021 y 11,0 % frente a 2025. La razón de prevalencia pasó de 17,0 a 26,8 por 1 000 nacidos vivos más mortinatos fetales. El incremento podría relacionarse con el fortalecimiento de la búsqueda y el diagnóstico, mejoras en la notificación y cambios demográficos y reproductivos, pero se requieren análisis complementarios para establecer su contribución.
2. Los casos de sífilis congénita en 2026 disminuyeron 49,1 % frente a 2021 (de 1. 504 a 765), pero aumentaron 13,0 % frente a 2025. La incidencia (2,5 por 1 000) sigue por encima de la meta de eliminación de 0,5, y 37 entidades territoriales no la alcanzaron.
3. El 55,2 % de las entidades superaron la razón de prevalencia nacional de sífilis gestacional, y 18 superaron la incidencia nacional de sífilis congénita en 2026. Las cifras más altas de sífilis gestacional se registraron en

Buenaventura, Arauca, Casanare y Santa Marta y las de sífilis congénita en Guainía, Vaupés, Buenaventura y Chocó.

- En 2026 la atención de las gestantes con sífilis gestacional, se mejoró el diagnóstico en el primer y segundo trimestre (de 80,2 % a 82,1%) y el tratamiento de las gestantes, se mantiene en el 92,7 % de las gestantes y disminuyó la captación tardía (de 19,8 % a 17,9 %). Sin embargo, la cobertura de control prenatal bajó de 78,1 % a 74,1 %.
- El acceso a tratamiento por parte de los contactos sexuales de las gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional mantiene una cobertura muy baja en 2026 con un 53,9 % en sífilis gestacional (55,6 % en 2025) y 25,9 % en los casos de sífilis congénita.
- La carga de sífilis gestacional se concentra en adolescentes y mujeres jóvenes (41,3 por 1 000 en el grupo de 15 a 19 años, un aumento de 85,2 % frente a 2025).

Recomendaciones

8

Entidades territoriales

- Realizar búsqueda activa, seguimiento de casos y verificación de la notificación oportuna al Sivigila.
- Realizar ajustes en Sivigila a los casos notificados dentro de los tiempos oportunos y garantizar notificación con calidad.
- Hacer asistencia técnica y seguimiento a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) sobre tamizaje, tratamiento y notificación del tratamiento de los contactos.

EAPB e IPS

- Garantizar el acceso oportuno al control prenatal y la captación temprana de las gestantes afiliadas, con énfasis en el régimen subsidiado.
- Hacer seguimiento nominal a las gestantes con diagnóstico, de modo que reciban tratamiento completo y oportuno, y a sus contactos.
- Garantizar un acceso a tratamiento oportuno de la gestante y minimizar las barreras de atención.
- Implementar estrategias de captación temprana y de atención con

enfoque diferencial para adolescentes y mujeres jóvenes, y para población afrocolombiana e indígena en el marco de los lineamientos del Plan Nacional de Eliminación 2025-2031 de transmisión materno infantil de la sífilis.

Referencias

- World Health Organization (WHO). Temas Salud [Internet] [citado 2026 Oct 20]. 2024. Sífilis. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis%0A>
- World Health Organization. Sexually transmitted infections - Technical work [Internet]. [citado 2026 Oct 20]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/stis/prevention/mother-to-child-transmission-of-syphilis>
- World Health Organization. Global Guidance on Criteria and Processes for Validation [Internet] [citado 2026 Oct 20] : Elimination of Mother-To-child Transmission of HIV, Syphilis and Hepatitis B Virus. 2021.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). ETMI - Plus: Marco para la eliminación de transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas - julio del 2017 - World | ReliefWeb [Internet]. [citado 2026 Oct 20]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/etmi-plus-marco-para-la-eliminacion-de-transmision-materno-infantil-del-vih-la-sifilis>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan nacional de eliminación del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas [Internet]. 2025 [citado 2026 Oct 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nacional-eliminacion-vih-sifilis-hepatitisb-chagas-2025-2031.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud OPS. Iniciativa para la Eliminación 30 [Internet]. [citado 2026 Oct 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/iniciativa-eliminacion>
- Protocolo de vigilancia en salud pública. Sífilis gestacional y sífilis congénita [Internet]. [citado 2026 Oct 20]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Sifilis_Gestacional_y_Congénita_2024.pdf doi:10.33610/CWUE8188

SITUACIÓN NACIONAL

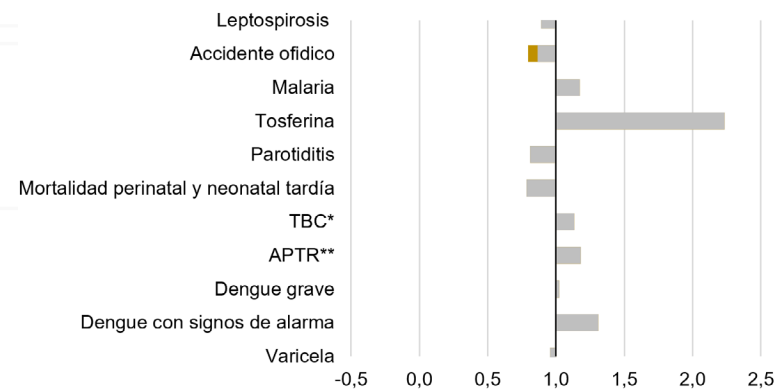
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 41 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 6).

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 41 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 41 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	154 601	153 594	0,27	0,78

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

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 41 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Chikunguña	4	1	0,01
Zika	8	2	0,00
Leishmaniasis cutánea	10	93	0,00
Mortalidad por dengue	2	2	0,26
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	1	0,25
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,14
Lepra	3	7	0,07

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

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

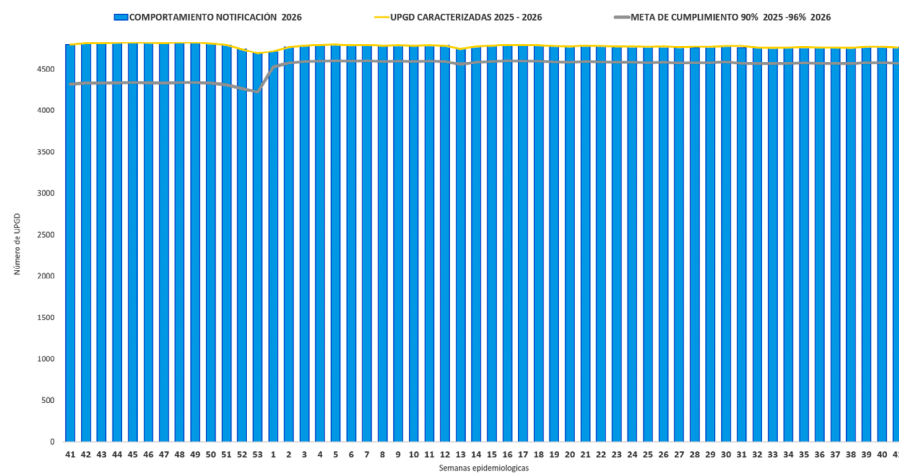
Para esta semana epidemiológica, la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 41 del año 2025. Para esta semana, el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 123 de 1 123 UNM), manteniendo el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 41 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 % (4 763 / 4 763); observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la 41 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 el 2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 572 UPGD en la semana analizada (figura 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 41 de 2026



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (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 41 del 2026, se han notificado 528 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 514 casos notificados de residentes en Colombia, 325 fueron por IRA, 104 por desnutrición (DNT) aguda y 85 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 204 fueron confirmados, 85 descartados y 225 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 41 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 41 2026			Casos en estudio a SE 41 2026			Tasa a SE 41 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	54	112	38	41	149	35	1,48	3,08	1,04
Amazonas	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	5	10	1	3	17	4	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	1	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	6	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	22	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	3	0	0,00	1,89	0,95
La Guajira	14	9	7	12	18	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	5	0	2,35	5,87	1,17
Nariño	0	4	2	0	3	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	13	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	2	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 41 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 41 del 2026 se han notificado 325 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 64 confirmadas por laboratorio, 48 confirmadas por clínica, 64 descartadas y 149 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 41 fueron 240, para una tasa de mortalidad de 6,51 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 41 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Chocó, Guainía, La Guajira, Meta, Risaralda, Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, en Dabeiba, Valledupar, Alto Baudó, Riosucio, Riohacha, 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 41 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 41, 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
<i>Rhinovirus</i>	13	2	7	1	0	23	13	4	3	2	2	24
<i>Bordetella pertussis</i>	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
<i>Adenovirus</i>	7	0	2	1	1	11	2	3	1	3	1	10
<i>Staphylococcus aureus</i>	8	1	1	0	0	10	8	1	1	0	0	10
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	2	2	1	0	11	4	2	1	1	2	10
<i>Haemophilus influenzae B</i>	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
<i>Metapneumovirus</i>	3	0	0	0	0	3	2	1	3	0	0	6
<i>Moraxella catarrhalis</i>	4	3	1	0	0	8	2	1	0	0	1	4
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	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
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	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
<i>Enterobacter cloacae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Escherichia coli</i>	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
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	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
<i>Streptococcus pyogenes</i>	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 41 de 2026 se han notificado 104 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 54 confirmadas, nueve (9) descartadas y 41 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 41 fue de 136, para una tasa de mortalidad de 3,69 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 41 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 41 de 2026 se han notificado 85 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 35 confirmadas por clínica, tres (3) confirmadas por laboratorio, 12 descartadas y 35 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 41 fue de 66 para una tasa de mortalidad de 1,79 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 41 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de Chocó, Magdalena y Risaralda y, a nivel municipal, en Bagadó, Bojayá y Uribia. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

Muerte materna: es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte materna tardía: es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.

Muerte materna por causas coincidentes: corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 41 de 2026 se notificaron al Sivigila ocho (8) casos: dos (5) muertes maternas tempranas, dos (2) muertes maternas tardías y una (1) muerte materna coincidente. El país acumula 114 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 109 residían en territorio colombiano y cinco (5) residían en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 41, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	192	123	62	377
2024	162	104	37	303
2025	145	117	44	306
2026p	109	99	40	248

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 28 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá D.C., Antioquia, La Guajira, Chocó, Cundinamarca y Magdalena. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Santiago de Cali, 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) y San Agustín (Huila); 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 41 de 2026, el 60,6 % corresponde a causas directas y el 28,4 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,3 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 41 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 41	Acumulado de casos a SE 41	
		2025	2026
Colombia	177	145	109
Bogotá, D.C.	16	14	14
Antioquia	15	13	12
La Guajira	16	15	11
Chocó	10	6	7
Cundinamarca	8	7	6
Magdalena	6	4	6
Tolima	5	4	5
Cartagena de Indias	5	1	4
Cauca	6	1	4
Cesar	9	13	4
Nariño	8	6	4
Risaralda	3	3	4
Caquetá	2	1	3
Casanare	2	4	3
Huila	4	2	3
Sucre	3	1	3
Boyacá	3	2	2
Córdoba	7	4	2
Quindío	1	1	2
Santa Marta	3	2	2
Atlántico	6	6	1
Bolívar	6	5	1
Buenaventura	2	1	1
Santiago de Cali	5	4	1
Meta	4	1	1
Putumayo	2	1	1
Valle del Cauca	2	2	1
Vichada	3	1	1
Arauca	1	0	0
Barranquilla	5	4	0
Caldas	1	0	0
Guainía	1	3	0
Guaviare	0	0	0
Norte de Santander	6	8	0
Santander	4	5	0
Vaupés	0	0	0

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

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 41 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 41	Valor observado SE 41
Colombia	177	109
Tauramena (Casanare)	0	1*
San Agustín (Huila)	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 41 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 41	Número de casos y proporción a SE 41 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	154	162	100	145	100	109	100
DIRECTA	98	106	65,4	89	61,4	66	60,6
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	32	33	20,4	31	21,4	21	19,3
Hemorragia obstétrica	28	32	19,8	24	16,6	15	13,8
Evento tromboembólico como causa básica	9	9	5,6	9	6,2	9	8,3
Sepsis obstétrica	8	8	4,9	8	5,5	7	6,4
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	7	6	3,7	7	4,8	5	4,6
Embarazo ectópico	8	8	4,9	7	4,8	3	2,8
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	0,6	0	0,0	2	1,8
Embolia de líquido amniótico	3	4	2,5	1	0,7	1	0,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,9	2	1,4	1	0,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,6	0	0,0	1	0,9
Otras causas directas	1	1	0,6	0	0,0	1	0,9
INDIRECTA	54	53	32,7	54	37,2	31	28,4
Otras causas indirectas	20	22	13,6	18	12,4	17	15,6
Otras causas indirectas: neumonía	12	6	3,7	17	11,7	7	6,4
Sepsis no obstétrica	8	7	4,3	8	5,5	3	2,8
Otras causas indirectas: cáncer	7	8	4,9	6	4,1	3	2,8
Otras causas indirectas: dengue	2	4	2,5	0	0,0	1	0,9
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	1,2	1	0,7	12	11,0

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

SE: semana epidemiológica

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia (n <=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%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM

A semana epidemiológica 41 del 2026 se han notificado 4 837 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 790 corresponden a residentes en Colombia y 47 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia, Bogotá, D.C., Cundinamarca, La Guajira y Santiago de Cali. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 41 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Putumayo, Guaviare y San Andrés y Providencia (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: Riohacha (La Guajira), 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), 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 27,5 %, 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 25,8 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 14,7 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 41 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 41	Acumulado de casos a SE 41	
		2025	2026
Colombia	5873	4476	4790
Antioquia	663	526	602
Bogotá, D.C.	628	525	582
Cundinamarca	320	288	283
La Guajira	315	208	232
Santiago de Cali	236	217	209
Córdoba	299	203	202
Cesar	210	159	170
Cauca	192	138	161
Bolívar	175	131	157
Barranquilla	215	143	156
Santander	178	127	137
Valle del Cauca	163	132	136
Norte de Santander	177	121	132
Nariño	157	151	131
Huila	139	105	126
Cartagena de Indias	188	127	125
Chocó	144	88	118
Meta	143	130	116
Sucre	141	82	114
Atlántico	182	102	104
Magdalena	144	109	100
Boyacá	108	88	91
Tolima	122	83	83
Risaralda	82	60	81
Santa Marta	74	50	69
Caldas	74	61	61
Quindío	45	33	43
Buenaventura	61	59	42
Arauca	48	28	41
Casanare	59	49	39
Caquetá	50	38	38
Vichada	30	26	34
Putumayo	48	32	26
Guainía	15	13	16
Amazonas	15	15	14
Guaviare	12	11	7
Vaupés	11	9	7
San Andrés y Providencia	11	9	5

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 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 41 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 41 2021 - 2025	Valor observado a SE 41 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	5 873	4 790	-
Riohacha (La Guajira)	67	71	6
Manaure (La Guajira)	28	43	24
Cumaribo (Vichada)	19	27	23
Dosquebradas (Risaralda)	16	22	32
Tunja (Boyacá)	14	21	38
Granada (Meta)	8	16	35
Segovia (Antioquia)	8	14	7
Alto Baudó (Chocó)	5	12	28
La Estrella (Antioquia)	5	10	26
Calamar (Bolívar)	3	7	8
Maní (Casanare)	2	7	8
Puerto López (Meta)	3	7	15
Guamo (Tolima)	2	7	17
Peñol (Antioquia)	2	6	24
El Litoral del San Juan (Chocó)	3	6	12
Roberto Payán (Nariño)	2	6	19
Giraldo (Antioquia)	1	5	17
Paipa (Boyacá)	2	5	24
Bahía Solano (Chocó)	2	5	29
Tolú Viejo (Sucre)	2	5	21
La Unión (Sucre)	1	4	10
Juradó (Chocó)	0	3	10
Tesalia (Huila)	1	3	25
La Tola (Nariño)	1	3	19
Paz de Río (Boyacá)	0	2	16
Marulanda (Caldas)	0	2	26
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	18
Salento (Quindío)	0	2	29

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 41, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 41, 2024 -2026					
	2024 a SE 41	(%)	2025 a SE 41	(%)	2026 a SE 41	(%)
Colombia	4 731	100,0	4 476	100,0	4 790	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 246	26,3	1 235	27,6	1 236	25,8
Prematuridad-inmadurez	780	16,5	782	17,5	856	17,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	699	14,8	684	15,3	705	14,7
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	532	11,2	469	10,5	442	9,2
Infecciones	417	8,8	398	8,9	394	8,2
Malformación congénita	438	9,3	374	8,4	373	7,8
Otras causas de muerte	315	6,7	271	6,1	292	6,1
Sin información	0	0,0	0	0,0	192	4,0
Causas no específicas	118	2,5	76	1,7	148	3,1
Trastornos cardiovasculares	139	2,9	139	3,1	101	2,1
Convulsiones y trastornos neurológicos	25	0,5	20	0,4	31	0,6
Lesión de causa externa	22	0,5	28	0,6	20	0,4

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 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 41 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, hospitalizaciones en sala general y UCI/UCIM se realizaron a través de la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda a partir del cálculo de la media geométrica, el umbral estacional y el intervalo de confianza, utilizando datos históricos del periodo 2019 a 2025.

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

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

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 38 a 41 de 2026), a nivel nacional, se observó una disminución porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general y en unidades de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM) frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 34 a 37 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 34 a 37 de 2026 y 38 a 41 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 34 a 37 de 2026	SE 38 a 41 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	482 678	477 064	● -1,16%	↘
Hospitalización en sala general	19 414	18 954	● -2,37%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 627	2 462	● -6,28%	↘

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 41 del 2026 se notificaron 108 999 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en La Guajira, Santa Marta y Vaupés mientras que Amazonas, Buenaventura, Caquetá, Casanare, Cauca, Guainía, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda 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 estadísticamente significativo 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 41 del 2026

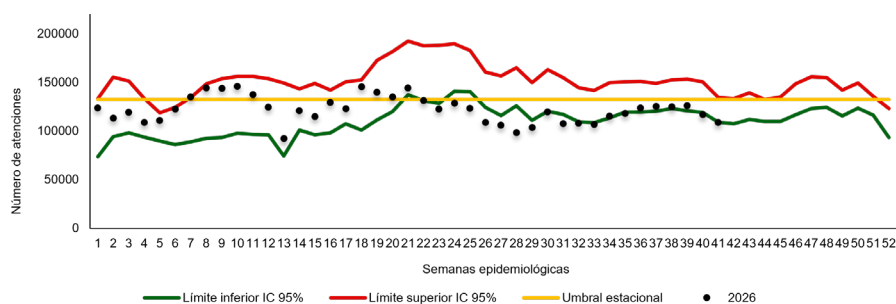
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	77 575	74 004	7 618	8 957
La Guajira	Maicao	56 159	67 303	4 042	7 132
Cundinamarca	Soacha	67 215	53 634	5 297	5 641
Antioquia	Itagüí	67 115	57 739	5 609	4 893
Antioquia	Bello	49 969	52 033	4 778	4 465
Guajira	Uribia	40 231	43 728	3 566	4 375
Cundinamarca	Chía	47 614	37 841	4 349	3 719
Antioquia	Rionegro	29 384	36 962	2 213	2 591
Cundinamarca	Zipaquirá	19 371	18 203	1 763	2 036
Santander	Floridablanca	27 946	20 866	1 833	1 922
Risaralda	Dosquebradas	24 337	18 772	1 860	1 605
Antioquia	Envigado	21 017	20 064	1 813	1 459
Valle del Cauca	Palmira	22 508	17 063	1 947	1 427
Boyacá	Sogamoso	17 643	13 589	1 384	1 370
Santander	Barrancabermeja	25 533	21 263	1 344	1 357
Córdoba	Cereté	15 561	16 313	1 008	1 336
Boyacá	Duitama	18 268	14 339	1 986	1 284
Córdoba	Lorica	13 028	13 325	1 238	1 268
Antioquia	Apartadó	14 614	15 952	1 256	1 267
Magdalena	Ciénaga	19 150	15 923	1 839	1 244
Cundinamarca	Madrid	11 971	12 728	1 147	1 204
Bolívar	Magangué	18 893	14 588	1 417	1 109
Cundinamarca	Girardot	16 931	12 190	1 365	1 077
Cundinamarca	Facatativá	14 679	10 828	1 453	1 066
Norte Santander	Ocaña	14 353	11 000	1 030	1 014
Cundinamarca	Funza	13 719	11 975	888	1 009
Casanare	Yopal	12 413	10 343	1 033	924
Valle del Cauca	Cartago	14 044	9 843	1 078	752
Antioquia	Turbo	12 390	11 207	1 012	740
Huila	Pitalito	11 036	7 750	957	734
Valle del Cauca	Tuluá	10 615	9 295	865	671
Cesar	Aguachica	9 845	8 821	820	670
Valle del Cauca	Buenaventura	5 866	8 181	725	658
Atlántico	Malambo	6 351	5 959	471	645
Córdoba	Sahagún	20 676	7 441	2093	642
Santander	Piedecuesta	8 717	7 573	447	631
Valle del Cauca	Yumbo	11 832	8 962	973	619
Santander	Girón	7 045	6 174	430	582
Cundinamarca	Mosquera	6 415	5 105	382	542
Cauca	Santander de Quilichao	9 206	6 814	902	458
Norte Santander	Villa del Rosario	5 246	4 568	412	320
Cauca	Guapi	4 095	2 904	230	221
Nariño	La Florida	623	500	31	35

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (38 a 41 de 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 27,0 % (128 865) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,7 % (94 042). 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 11,4 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 10,7 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas 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 41, alternando entre semanas por debajo y por encima de dicho límite (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 de 2026



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

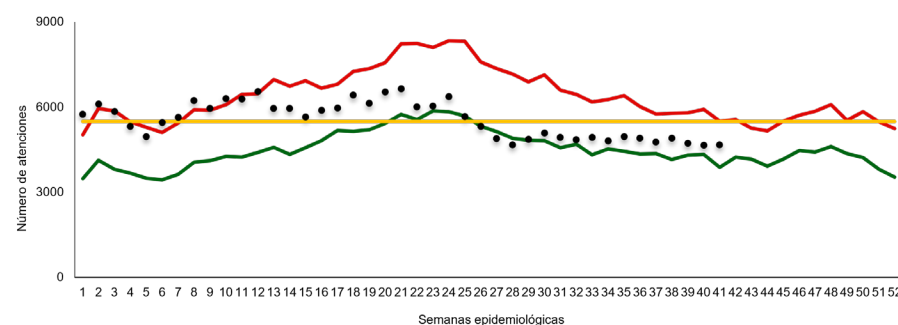
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 41 del 2026 se notificaron 4 663 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, Caldas, Casanare, Chocó, Guainía, La Guajira, Quindío, Risaralda, San Andrés, Sucre y Vaupés; así mismo, se observó aumento en Arauca, Barranquilla, Guaviare, Magdalena y Putumayo. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (38 a 41 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (4 953) representaron el 26,1 %, seguido del grupo de 2 a 4 años con el 14,1 % (2 673). 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 25,1 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 21,4 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones presentaron una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior entre las semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2026. Entre las semanas epidemiológicas 13 a 24, se observó una disminución ubicándose por encima del umbral estacional. Posteriormente, se observó una disminución sostenida de las hospitalizaciones, situándose por debajo de dicho umbral entre las semanas 25 a 41 (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 de 2026

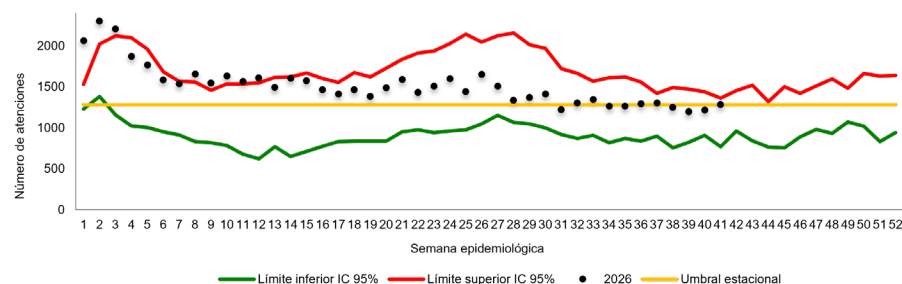


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 41 del 2026, se notificaron 1 287 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 41 de 2026, ubicándose dentro de lo esperado (figura 10).

Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 de 2026



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

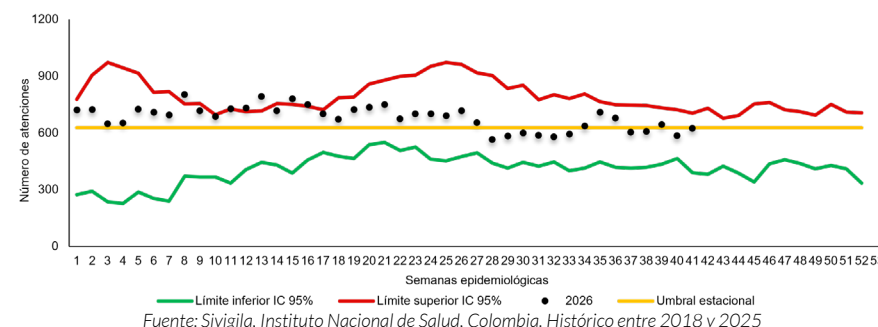
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 41 del 2026 se notificaron 624 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, Chocó, Huila, Nariño y Tolima. Se registró disminución en Antioquia, Bolívar, Cesar, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Risaralda y Santa Marta. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (38 a 41 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 37,2 % (918), seguido de los menores de 1 año con el 21,1 % (521) 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 16,6 % seguido de los niños de 1 año con el 16,2 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, entre las semanas epidemiológicas 01 y 27 de 2026 las atenciones se mantuvieron por encima del umbral estacional alcanzando el límite superior en las semanas epidemiológica 08, 11 a 13, 15 y 16. A partir de la semana epidemiológica 17 se observó un descenso, aunque las atenciones permanecieron por encima del umbral estacional, hasta la semana epidemiológica 27. Entre las semanas epidemiológicas 28 y 33 se ubicaron por debajo del umbral; en las semanas epidemiológicas 34 a 36 volvieron a superarlo de forma transitoria y desde la semana 37 hasta la 41 se han ubicado alrededor del umbral estacional (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 de 2026

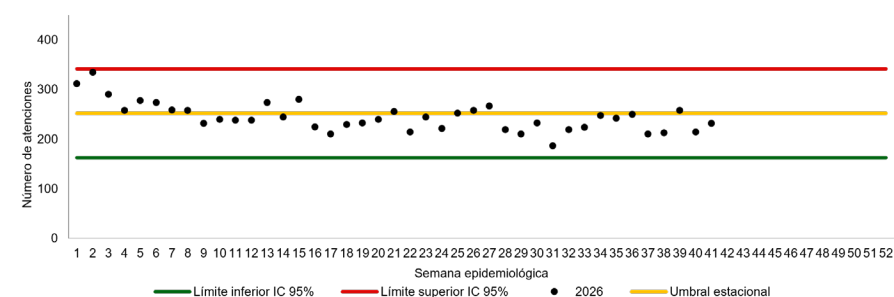


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 41 del 2026, se notificaron 232 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 41 se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 de 2026



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

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en las atenciones en consulta externa, urgencias, 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 % de un evento El Niño muy fuerte desde septiembre, que alcanzaría el 95 % en noviembre y se mantendría en 70 % 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).

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.

[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 22 oct 2026].

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

Durante las semanas epidemiológicas 37 a 40 de 2026, la actividad de influenza en la región de las Américas se mantuvo en niveles bajos en la mayoría de las subregiones, con tendencia al descenso en América del Norte y en Brasil y el Cono Sur, estable en el Caribe y en incremento en América Central. La subregión Andina constituyó la principal excepción, al registrar una actividad alta sin tendencia definida, con una positividad cercana al 10,0 %. En el Caribe, aunque el indicador se mantuvo constante, la positividad aumentó en la última semana analizada. Respecto al virus sincitial respiratorio (VSR), América del Norte y América Central presentaron una actividad alta con tendencia constante, si bien en América Central la positividad descendió en las últimas semanas; Brasil y el Cono Sur registraron una actividad alta con tendencia al descenso, mientras que la subregión Andina mostró niveles bajos en disminución y el Caribe niveles bajos sin tendencia definida. En relación con SARS-CoV-2, América del Norte y el Caribe mantuvieron una actividad alta, aunque con tendencia decreciente; América Central y la subregión Andina presentaron niveles bajos en descenso, y Brasil y el Cono Sur, niveles bajos sin tendencia definida. Entre otros virus respiratorios, el rinovirus fue el agente más detectado en la mayoría de los países con información disponible en el acumulado de 2026. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

A nivel nacional, durante el último periodo analizado, correspondiente a las semanas epidemiológicas 38 a 41, la circulación viral estuvo caracterizada principalmente por la detección de rinovirus, VSR e influenza B, seguidos por adenovirus y parainfluenza e influenza A(H3N2) (6,2 %). Al comparar este periodo con el inmediatamente anterior (semanas epidemiológicas 34 a 37), la positividad general presentó una leve disminución, al pasar de 44,5 % a 43,5 %. Los agentes virales que mostraron un incremento significativo fueron parainfluenza y otros coronavirus, mientras que el VSR presentó una disminución significativa; los demás virus respiratorios mantuvieron un comportamiento estable. Según el grupo de edad, en menores de cinco años predominaron rinovirus, VSR y parainfluenza, mientras que en mayores de 60 años destacaron rinovirus, VSR, influenza B e influenza A. 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 A y B 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 34 a 41 de 2026

Agente viral identificado	SE 34 a 37 de 2026			SE 38 a 41 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	44,5	50,6	35,8	43,5	43,3	37,8	
Rinovirus	22,6	19,7	17,2	26,0	27,8	17,9	
Virus sincitial respiratorio	27,4	38,0	20,7	16,7	22,2	14,3	
Enterovirus	0,9	0,7	-	1,3	1,6	3,6	
Adenovirus	10,6	14,6	3,5	11,0	12,7	10,7	
Influenza B	9,3	3,7	6,9	12,4	3,2	14,3	
Influenza A	8,9	7,3	10,3	5,3	1,6	14,3	
Parainfluenza	0,4	7,3	3,5	11,0	17,5	-	
Metapneumovirus	2,2	2,2	3,5	0,4	0,8	-	
A(H1N1)pdm09	-	-	-	0,9	0,8	-	
SARS-CoV-2	2,2	1,5	6,9	1,8	1,6	3,6	
A(H3N2)	7,1	3,7	20,7	6,2	7,1	-	
Coronavirus	0,9	0,7	-	3,5	3,2	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 41 de 2026

Metodología

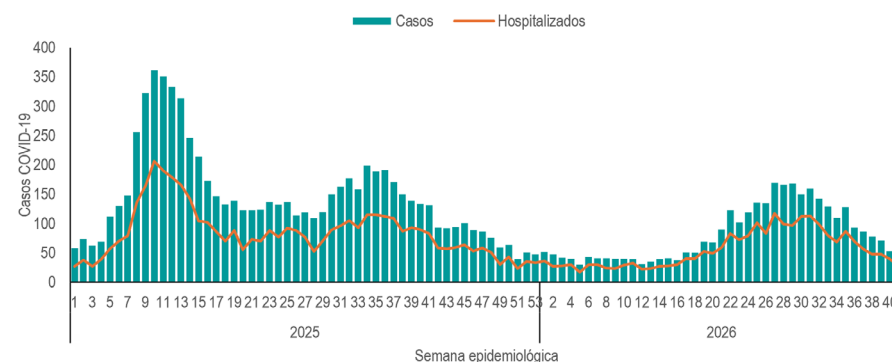
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 41 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 epidemiológico se realizó mediante la comparación de los casos confirmados de COVID-19 entre los períodos de estudio. 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 41), con corte al 17 de octubre y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 3 369 casos de COVID-19, de los cuales 3 363 son procedentes de Colombia y seis (6) casos de procedencia del exterior. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (semanas epidemiológicas 38 a 41) se registraron 246 casos, de los cuales 244 fueron de procedencia nacional, lo que representa una disminución del 41,6 % frente al período anterior (semanas epidemiológicas 34 a 37), cuando se reportaron 421 casos. En el mismo período de 2025 (semanas epidemiológicas 38 a 41), se notificaron 558 casos, por lo que en 2026 se observa una disminución del 55,9 % respecto al año anterior (figura 13).

Figura 13. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 41 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 41 de 2026

La mayoría de los grupos de edad presentaron una reducción en el número de casos notificados. Las disminuciones más importantes se presentaron en el grupo de 90 a 99 años (-87,5 %), seguido por el grupo de 5 a 9 años (-62,2 %), 50 a 59 años (-52,9 %), 10 a 19 años (-48,4 %), 20 a 29 años (-47,1 %), 70 a 79 años (-44,0 %), menor de un año (-42,1 %), 1 año (-40,0 %), 2 a 4 años (-39,1 %), 80 a 89 años (-35,3 %), 30 a 39 años (-33,3 %) y 40 a 49 años (-25,0 %). Por el contrario, el grupo de 60 a 69 años presentó un incremento del 10,5 % al pasar de 19 a 21 casos. El grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos períodos analizados, por lo que no fue posible calcular la variación porcentual (tabla 15)

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia 30 fallecimientos asociados a COVID-19. De estos, diez se registraron en Bogotá, D. C.; cinco en el departamento de Arauca, de los cuales cuatro ocurrieron en el municipio de Arauca y uno en Saravena, dos en Santiago de Cali (Valle del Cauca) y dos en el departamento de 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).

Tabla 15. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (34 a 41) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 34 a 37 2026	SE 38 a 41 2026		
Menor de un año	121	70	-42,1	
1 año	40	24	-40,0	
2 a 4 años	46	28	-39,1	
5 a 9 años	37	14	-62,2	
10 a 19 años	31	16	-48,4	
20 a 29 años	17	9	-47,1	
30 a 39 años	27	18	-33,3	
40 a 49 años	16	12	-25,0	
50 a 59 años	17	8	-52,9	
60 a 69 años	19	21	10,5	
70 a 79 años	25	14	-44,0	
80 a 89 años	17	11	-35,3	
90 a 99 años	8	1	-87,5	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	421	246	-41,6	

Nota: las variaciones porcentuales elevadas en algunos grupos de edad deben interpretarse con cautela, dado el bajo número de casos absolutos en el período 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 34 a 41 de 2026
PE: período epidemiológico, SE: semana epidemiológica

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 41 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 41 del 2026 se notificaron 3 568 casos de dengue: 2 641 casos de esta semana y 927 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 91 419 casos, 55 388 (60,6 %) sin signos de alarma, 35 133 (38,4 %) con signos de alarma y 898 (1,0 %) de dengue grave.

El 66,6 % (60 853) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Bolívar, Santander, Cesar, Norte de Santander, Magdalena, Antioquia, Casanare, Atlántico y Cartagena de Indias (tabla 16). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 37 a 40 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Bolívar, Santander, Meta, Norte de Santander, Tolima, Magdalena, Atlántico, Antioquia, Sucre y Valle del Cauca concentran el 67,2 % (7 403 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 37 a 40 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 33 a 36 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Boyacá, Buenaventura, Caldas, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Cundinamarca, La Guajira, Guaviare, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander y Tolima; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

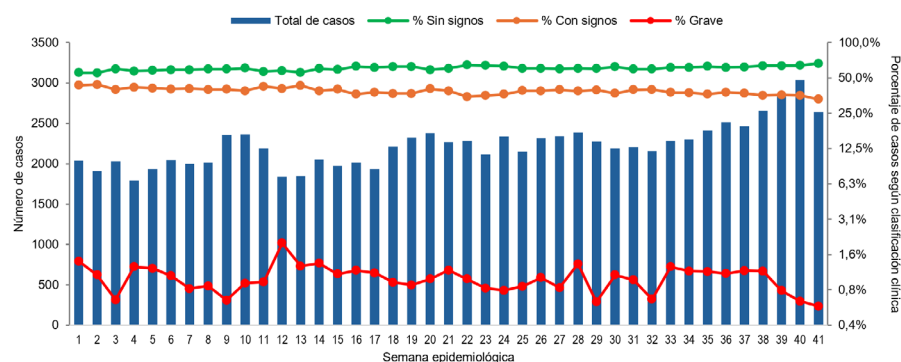
Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 41 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 33 - 36 2026)	Observado (SE 37-40 2026)
Meta	13 746	30,0	0,9	1 219	975
Bolívar	8 670	41,2	1,3	1 090	1367
Santander	6 786	39,2	0,7	831	1139
Cesar	6 452	55,5	0,7	357	338
Norte de Santander	5 770	36,3	1,2	704	704
Magdalena	5 462	49,0	0,7	550	587
Antioquia	3 559	35,5	0,9	451	509
Casanare	3 546	29,7	0,6	351	249
Atlántico	3 508	43,2	0,7	532	555
Cartagena de Indias	3 354	18,6	1,0	216	368
La Guajira	3 148	53,7	1,7	46	63
Tolima	3 024	33,0	1,4	353	600
Córdoba	2 938	44,5	0,4	285	285
Barranquilla	2 753	45,9	0,8	246	276
Arauca	2 533	30,7	1,2	336	284
Sucre	2 203	45,0	0,7	386	492
Santa Marta	2 081	44,3	0,3	48	50
Valle del Cauca	2 031	34,5	1,0	395	475
Cundinamarca	1 835	38,4	1,1	242	447
Santiago de Cali	1 171	37,7	0,7	106	136
Chocó	1 058	21,8	0,6	158	170
Huila	1 044	41,0	4,8	93	113
Amazonas	814	14,0	0,2	107	129
Nariño	661	39,3	0,8	59	65
Guaviare	609	27,3	0,5	57	155
Caquetá	432	53,0	2,8	16	21
Putumayo	388	29,6	1,5	28	80
Quindío	375	25,1	3,5	61	92
Boyacá	271	44,6	1,5	26	46
Cauca	218	33,9	3,2	30	45
Risaralda	206	40,8	1,5	20	56
Exterior	191	41,4	3,1	21	27
Caldas	162	40,7	0,0	7	23
Buenaventura	160	36,9	1,3	24	38
Vichada	124	29,0	0,8	23	23
Vaupés	90	8,9	0,0	19	22
Archipiélago de San Andrés	36	36,1	2,8	8	5
Guainía	10	30,0	0,0	3	1
Total	91 419	38,4	1,0	9 504	11 010

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 14); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 37 a 40 de 2026) fueron: Caquetá, Córdoba y La Guajira.

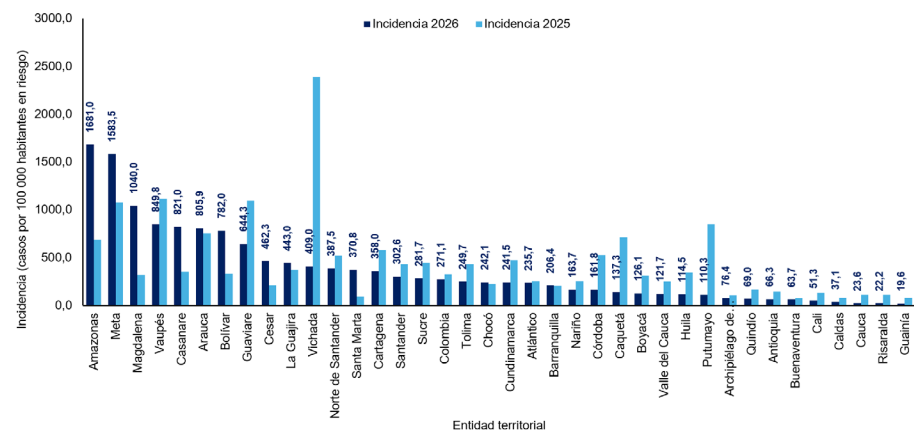
Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 41, 2026



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

A semana epidemiológica 41 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 271,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 322,5 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D.C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Amazonas, Meta, Magdalena, Vaupés, Casanare, Arauca, y Bolívar presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 41 del 2026 registrando tasas superiores a 700 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 553,4 casos por 100 000 habitantes.

Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 41 de 2025 y 2026

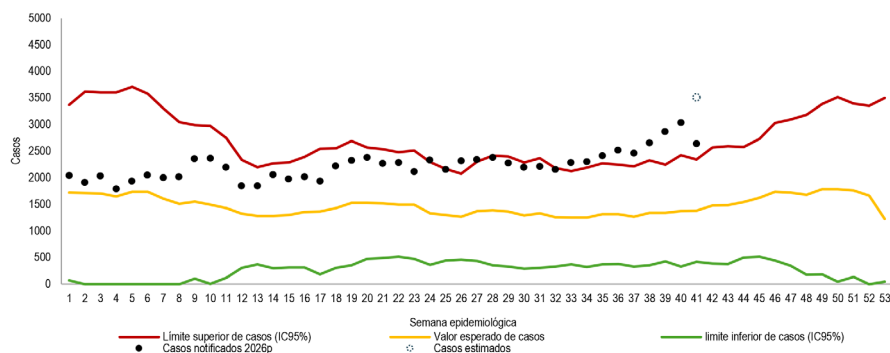


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 41 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 37 a 40 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 33 a 36, 2026) (figura 16). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 40), se observa una reducción del 15,1 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 107 647 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 21,6 % (8) está dentro de lo esperado, el 24,3 % (9) se encuentra en situación de alerta y el 54,1 % (20) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Figura 16. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 41 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 41 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 41, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Casanare, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Vaupés y Vichada
Alerta	Barranquilla, Buenaventura, Caldas, Cartagena de Indias, Huila, Nariño, Putumayo, Tolima, Valle del Cauca
Dentro de lo esperado	Archipiélago de San Andrés y Providencia, Caquetá, Cauca, La Guajira, Santiago de Cali, Córdoba, Guainía, Santa Marta

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 41 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 23,3 % (192) se encuentra por encima de lo esperado, según el canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 31,6 % (18/57) 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 41 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	(SE 33-36 2026)	(SE 37-40 2026)
Antioquia	Medellín	18,1	472	72	66
	Bello	8,7	48	5	11
	Envigado	21,1	51	8	8
	Itagüí	13,5	37	9	8
Atlántico	Sabanalarga	200,9	207	18	31
Bolívar	Magangué	657,6	945	184	241
Cesar	Aguachica	590,7	726	86	66
Córdoba	Cereté	299,0	329	37	50
Cundinamarca	Fusagasugá	32,1	53	7	15
Chocó	Quibdó	207,6	276	58	67
Meta	Villavicencio	1887,0	9 622	811	545
Norte de Santander	Ocaña	370,0	439	73	91
Risaralda	Pereira	23,3	113	11	37
Santander	Bucaramanga	418,3	2 589	356	534
Tolima	Ibagué	222,3	1 209	168	311
Valle del Cauca	Cartago	509,3	708	195	247
Arauca	Arauca	336,8	338	40	20
Casanare	Yopal	477,5	862	149	112

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

A semana epidemiológica 41 del 2026, se han notificado 228 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 60 casos, se han descartado 128 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 103 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,10 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 41, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 41, 2026	Letalidad por dengue a SE 41, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	4	0	0,38	0,32
Boyacá	1	1	0,37	0,00
La Guajira	10	0	0,32	0,04
Magdalena	7	0	0,13	0,18
Antioquia	4	1	0,11	0,12
Valle del Cauca	2	2	0,10	0,00
Santa Marta	2	0	0,10	0,19
Meta	12	4	0,09	0,11
Atlántico	3	3	0,09	0,05
Bolívar	5	5	0,06	0,11
Norte de Santander	3	0	0,05	0,08
Cesar	3	0	0,05	0,03
Sucre	1	2	0,05	0,09
Barranquilla	1	1	0,04	0,15
Tolima	1	5	0,03	0,04
Santander	1	0	0,01	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	0,08
Putumayo	0	2	0,00	0,17
Santiago de Cali	0	1	0,00	0,07
Colombia	60	39	0,07	0,10

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 41 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	Altura mayor o igual a 1 600 msnm. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

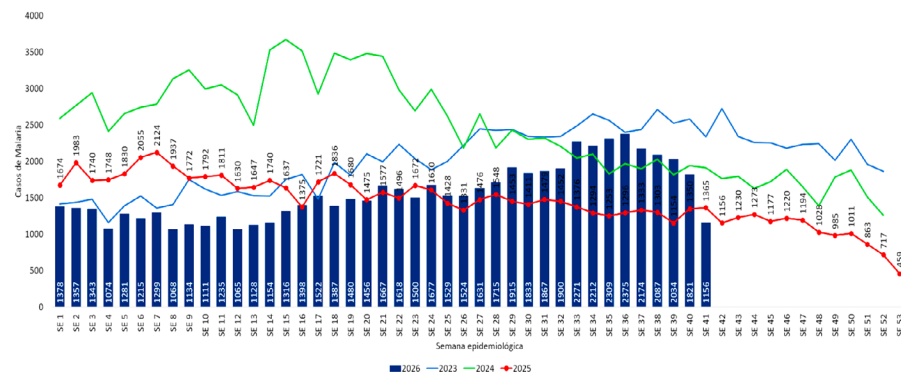
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 17. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 41 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 41 del 2026 se notificaron 3 202 casos de malaria, para un acumulado de 64 216 de los cuales 63 520 son de malaria no complicada y 696 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,0 % (42 364), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,7 % (21 015) e infección mixta con 1,3 % (837). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,8 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (42,7 %), Antioquia (12,5 %), Córdoba (7,0 %), Guainía (4,9 %), Nariño (4,9 %), Risaralda (4,1 %), Cauca (3,3 %), Amazonas (3,1 %), Bolívar (2,9 %), Buenaventura (2,6 %), Vichada (2,5 %), Meta (2,3 %) y Guaviare (2,0%). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 73,7 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 34 a 37 2026	Casos SE 38 a 41 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	5 798	1 169	527	38,93
Córdoba	Tierralta	3 011	326	350	29,71
Guainía	Inírida	2 831	442	306	71,52
Risaralda	Pueblo Rico	2 432	423	205	144,64
Chocó	Bagadó	2 363	368	450	195,68
Chocó	Lloró	2 250	427	259	207,11
Chocó	Istmina	1 752	220	165	50,12
Buenaventura	Buenaventura	1 633	290	189	5,03
Chocó	Alto Baudó	1 622	344	347	50,42
Antioquia	El Bagre	1 595	187	178	27,97
Chocó	Medio San Juan	1 275	157	190	105,33
Chocó	Río Quito	1 197	229	196	126,85
Chocó	Tadó	1 175	222	187	56,60
Meta	Puerto Gaitán	1 159	92	108	24,54
Vichada	Cumaribo	1 135	107	58	12,66
Cauca	Timbiquí	1 101	159	69	38,43
Chocó	Bajo Baudó	1 000	174	135	28,62
Bolívar	Montecristo	999	90	135	53,68
Chocó	Carmen del Darién	987	144	145	43,38
Chocó	Nóvita	916	223	236	85,49
Vaupés	Mitú	908	62	29	24,80
Cauca	Guapi	809	117	67	26,86
Chocó	Juradó	806	26	15	104,15
Norte de Santander	Tibú	777	106	80	12,40
Nariño	Olaya Herrera	773	80	68	28,90
Antioquia	Nechí	738	87	65	26,11
Chocó	Atrato	736	147	67	104,06
Chocó	El Cantón del San Pablo	714	73	31	100,10
Amazonas	Tarapacá (CD)	700	59	47	155,76
Córdoba	Puerto Libertador	655	74	44	14,22
Chocó	Medio Atrato	647	137	86	48,68
Guaviare	San José del Guaviare	624	82	77	9,37
Amazonas	La Pedrera (CD)	581	68	66	133,44
Antioquia	Cáceres	570	68	39	18,06
Antioquia	Chigorodó	544	43	59	8,63

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 73,7 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,5 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Quibdó, Pueblo Rico, El Bagre, Lloró, Mitú, Cumaribo, Juradó, Tibú y Alto Baudó y en incremento los municipios de Tierralta, Puerto Gaitán, Montecristo y Carmen del Darien (tabla 21). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 68,9 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Buenaventura, Timbiquí, Istmina, Rio Quito, Lloró, Guapi, Bajo Baudó, Atrato y El Charco y en incremento los municipios de Bagadó, Alto Baudó, Medio San Juan, Nóvita y Tadó 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 41 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 34 a 37 de 2026	Casos SE 38 a 41 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	303	326	8%	6,4%
Guainía	Inírida	360	233	-35%	5,7%
Chocó	Quibdó	358	188	-47%	4,8%
Risaralda	Pueblo Rico	322	138	-57%	4,7%
Antioquia	El Bagre	182	175	-4%	3,6%
Chocó	Lloró	186	123	-34%	3,1%
Chocó	Bagadó	154	153	-1%	3,0%
Meta	Puerto Gaitán	88	93	6%	2,4%
Bolívar	Montecristo	91	133	46%	2,3%
Chocó	Carmen del Darien	119	126	6%	2,1%
Vaupés	Mitú	55	23	-58%	2,0%
Vichada	Cumaribo	46	38	-17%	1,9%
Chocó	Juradó	26	15	-42%	1,9%
Norte de Santander	Tibú	106	79	-25%	1,8%
Chocó	Alto Baudó	149	61	-59%	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 41 de 2026

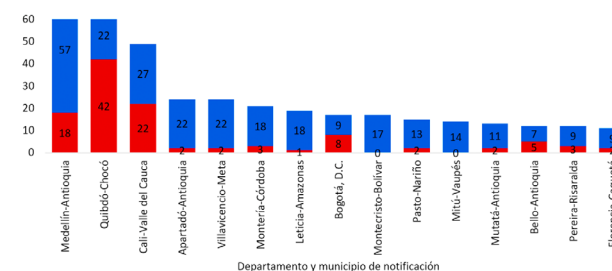
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 34 a 37 de 2026	Casos SE 38 a 41 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	785	338	-57%	17,9%
Buenaventura	Buenaventura	205	144	-30%	5,4%
Cauca	Timbiquí	158	69	-56%	5,2%
Chocó	Bagadó	203	300	48%	5,0%
Chocó	Istmina	134	86	-36%	4,6%
Chocó	Rio Quito	180	123	-32%	4,2%
Chocó	Lloró	221	121	-45%	4,2%
Chocó	Alto Baudó	183	279	52%	4,0%
Cauca	Guapi	107	65	-39%	3,6%
Chocó	Medio San Juan	94	104	11%	3,2%
Chocó	Bajo Baudó	116	76	-34%	2,5%
Chocó	Atrato	121	52	-57%	2,4%
Chocó	Nóvita	111	134	21%	2,3%
Chocó	Tadó	74	99	34%	2,2%
Nariño	El Charco	53	42	-21%	2,1%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 41 de 2026 se han notificado 696 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 gráfica se muestran los municipios que aportan el 56,9 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 18).

Figura 18. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 41 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 41 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran 6 departamentos en situación de incremento y 5 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 42 municipios en incremento y 53 municipios en decremento (tabla 23).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 41 2025	Acumulado 2026	SE 41 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Mutatá	5	567	5	485	20	47	58
Antioquia	Frontino	4	225	5	485	17	33	79
Antioquia	Necoclí	4	97	1	87	7	8	36
Antioquia	Dabeiba	4	143	2	180	4	30	37
Antioquia	Nechí	5	855	15	753	16	28	66
Antioquia	Chigorodó	5	714	4	553	18	52	59
Antioquia	Yondó	4	51	0	67	0	1	4
Antioquia	El Bagre	5	1964	38	1604	51	173	180
Bolívar	Río Viejo	4	21	0	144	0	5	18
Bolívar	Montecristo	5	851	19	1020	35	68	136
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	66	1	118	5	6	18
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	14	0	74	2	0	3
Caquetá	Florencia	4	265	1	150	1	8	14
Chocó	Alto Baudó	5	1166	33	1627	121	204	348
Chocó	Medio Baudó	5	554	19	499	29	64	91
Chocó	El Carmen de Atrato	4	196	1	489	38	13	114
Chocó	Condoto	4	174	1	366	19	11	64
Chocó	Bagadó	5	1458	44	2381	124	367	455
Chocó	Tadó	5	1362	21	1182	51	182	188
Chocó	Medio San Juan	5	1068	24	1278	37	87	190
Chocó	Nóvita	5	302	5	919	48	24	237
Chocó	Belén de Bajirá	5	165	6	574	10	15	42
Chocó	Lloró	5	1710	52	2261	68	150	260
Chocó	Istmina	5	1161	31	1771	54	74	171
Chocó	Unión Panamericana	5	190	2	326	25	21	64
Chocó	Río Quito	5	501	4	1207	59	87	196
Chocó	El Litoral del San Juan	5	85	0	267	13	15	45
Chocó	Quibdó	5	2726	34	5882	164	298	537
Chocó	Medio Atrato	5	414	2	651	24	55	88
Chocó	Carmen del Darién	5	740	11	992	41	60	145

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 41 2025	Acumulado 2026	SE 41 2026	Esperado	Observado
Chocó	Sipí	4	193	5	221	1	12	21
Chocó	Atrato	5	285	2	742	22	35	68
Chocó	Cértogui	4	186	3	276	13	11	36
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	28	0	36	1	3	8
Guainía	La Guadalupe (CD)	4	5	0	15	7	0	7
Guaviare	San José del Guaviare	5	554	9	629	23	64	78
Guaviare	El Retorno	5	223	3	299	7	18	33
Guaviare	Miraflores	3	62	2	114	5	15	23
Meta	Mapiripán	5	54	2	96	3	8	14
Meta	Puerto Concordia	4	67	2	78	3	11	16
Meta	Puerto Gaitán	4	330	7	1180	17	19	110
Valle del Cauca	Buenaventura	5	1801	24	1650	63	174	190

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 (42 de 2025 a 41 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 83,3 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,7 % 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 (27,1 %). Así mismo, el 65,8 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 41 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Boyacá, Guainía, Norte de Santander, San Andrés, Sucre 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 212 municipios a nivel nacional (18,9 %) y de disminución en 103 municipios (9,2 %). 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 21 municipios (tabla 25).

A semana epidemiológica 41 del 2026, se han notificado 16 802 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 16 720 corresponden a residentes en Colombia y 82 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 41, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 41 de 2025	Casos a SE 41 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	16948	16720	0,54	18,9	9,2
La Guajira	1396	1357	1,53	20,0	20,0
Chocó	671	778	1,39	35,5	9,7
Vichada	167	185	1,33	0,0	25,0
Risaralda	380	482	0,92	35,7	0,0
Guaviare	57	52	0,74	0,0	0,0
Cartagena de Indias	439	465	0,69	0,0	0,0
Arauca	141	138	0,67	14,3	28,6
Cesar	770	816	0,67	28,0	20,0
Magdalena	667	512	0,66	17,2	10,3
Boyacá	414	449	0,63	13,8	5,7
Vaupés	26	24	0,60	0,0	16,7
Antioquia	2204	2114	0,57	24,0	4,0
Nariño	556	614	0,56	23,4	6,3
Bogotá, D.C	2097	1971	0,54	0,0	0,0
Meta	307	380	0,52	31,0	10,3
Bolívar	508	478	0,52	28,9	8,9
Casanare	207	172	0,52	15,8	31,6
Norte Santander	568	480	0,51	7,5	10,0
Cundinamarca	949	955	0,50	12,9	7,8
Amazonas	55	39	0,48	9,1	9,1
Putumayo	155	147	0,48	15,4	15,4
Sucre	322	348	0,47	42,3	7,7
Santiago de Cali	442	401	0,42	0,0	0,0
Valle del Cauca	519	458	0,41	22,5	2,5
Buenaventura	142	110	0,40	0,0	0,0
Tolima	277	307	0,40	12,8	12,8
Guainía	36	25	0,39	11,1	11,1
Huila	371	320	0,38	8,1	13,5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	14	0,37	100,0	0,0
Santa Marta	148	129	0,36	0,0	0,0
Córdoba	418	514	0,35	16,7	10,0
Caquetá	111	111	0,34	6,3	25,0
Caldas	155	159	0,33	14,8	0,0
Santander	397	412	0,31	20,7	3,4
Cauca	253	288	0,28	21,4	11,9
Atlántico	286	276	0,28	13,6	45,5
Quindío	67	73	0,28	0,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 42 de 2025 a SE 41 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 41 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Norte de Santander	San José de Cúcuta	237	187
La Guajira	Maicao	310	177
Risaralda	Pereira	98	153
Risaralda	Dosquebradas	40	117
Sucre	Sincelejo	48	100
Tolima	Ibagué	61	95
Cundinamarca	Fusagasugá	54	88
Nariño	Pasto	68	67
Antioquia	Rionegro	31	51
Cesar	Aguachica	23	48
Boyacá	Duitama	26	45
Cauca	Popayán	27	45
Huila	Pitalito	30	42
Valle del Cauca	Cartago	23	31
Atlántico	Sabanalarga	37	29
Antioquia	Envigado	16	27
Cauca	Santander de Quilichao	20	27
Santander	Piedecuesta	38	27
Atlántico	Malambo	32	21
Cundinamarca	Girardot	43	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>

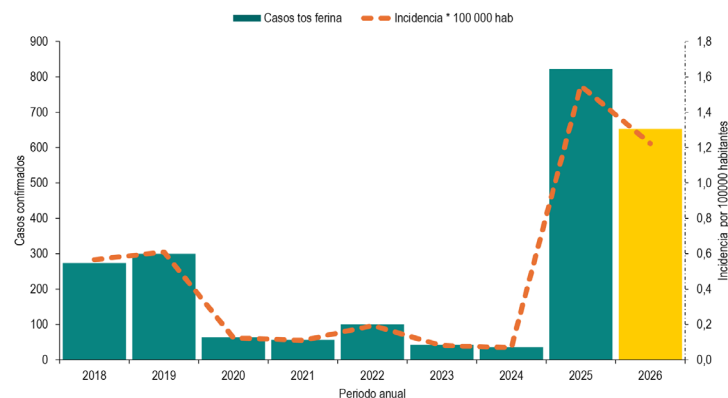
Tos ferina

Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 40 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 40 de 2026 (datos preliminares), a nivel nacional se han confirmado 681 casos de tos ferina, de los cuales 653 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 40 fue de 1,2 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos correspondientes a la misma semana epidemiológica de los años 2018 a 2024, se observa un aumento en la incidencia de tos ferina. No obstante, el comportamiento registrado durante 2026 es inferior al observado en el mismo periodo de 2025, año en el que se confirmaron 822 casos de tos ferina y una incidencia de 1,5 casos por cada 100 000 habitantes (figura 19).

Figura 19. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 40, 2018 a 2026p

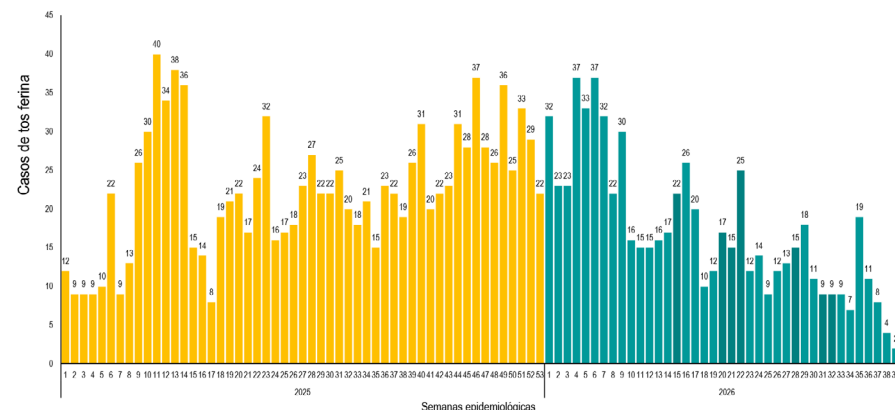


Fuente: Sivigila 2018 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 20 muestra una disminución sostenida de los casos de tos ferina durante 2026 en comparación con 2025. Mientras que en 2025 se registraron picos de hasta 40 casos en la semana epidemiológica 11 y de 37 casos en la semana epidemiológica 46, durante 2026 los mayores valores se presentaron al inicio del año, alcanzando 38 casos en la semana epidemiológica 05 y 37 casos en la 06. A partir de entonces, la notificación mostró una tendencia descendente progresiva, con fluctuaciones y picos esporádicos desde la semana epidemiológica 17. Este comportamiento evidencia una disminución importante en la ocurrencia de casos de tos ferina durante 2026, especialmente en el segundo semestre del año. En las semanas epidemiológicas 37 a 40 se confirmaron 18 casos, lo que representa una disminución del 60,9 % respecto a las semanas epidemiológicas 33 a 36, periodo en el que se registraron 46 casos.

Figura 20. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 40 de 2026



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 40, 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 653 casos confirmados. Las mayores incidencias se registraron en Vaupés (22,5 casos por 100 000 habitantes), seguido de Casanare (4,6), Cartagena de Indias (4,4), Vichada (3,9), Arauca (3,6), Chocó (3,3) y Boyacá (3,0). En términos absolutos, Antioquia concentró el mayor número de casos confirmados (146 casos), seguida de Bogotá, D.C. (65), Santander (45), Cartagena de Indias (44), Boyacá (39) y Cesar (26).

En comparación con 2025, se observaron incrementos en la incidencia de tos ferina en Santander, Cartagena de Indias, Boyacá, Cesar, Casanare, Bolívar, Santiago de Cali, Chocó, Norte de Santander, Cauca, Vaupés, Arauca, Barranquilla, Magdalena, Vichada, Putumayo y Amazonas. Por el contrario, Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Córdoba, Risaralda, Caldas, Meta, Huila, Valle del Cauca, Santa Marta y Nariño presentaron una disminución de la incidencia respecto a 2025. Estos hallazgos evidencian una distribución heterogénea de la enfermedad en el territorio nacional, con incrementos importantes en algunas entidades territoriales y una reducción en otras, lo que refleja diferencias en la dinámica de transmisión y en la presentación de casos a nivel subnacional.

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 40 de 2026, en Colombia se han reportado 45 brotes de tos ferina en población indígena colombiana, con un total de 169 casos asociados en Colombia. De estos 39 brotes (86,7 %) se encuentran cerrados y seis (6) brotes (13,3 %) permanecen activos y en seguimiento epidemiológico de acuerdo con la fecha de inicio de síntomas y fecha de cierre decretada por la entidad territorial. Los brotes que continúan abiertos corresponden a los municipios de Necoclí (Antioquia), Cerrito (Santander), Turbo (Antioquia), Betulia (Antioquia), Güicán (Boyacá) y Cubará (Boyacá) (tabla 27).

Tabla 26. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 40, 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		653
Antioquia	0,8	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	3,0	2,1		146
Bogotá, D.C.	0,9	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	3,3	0,8		65
Santander	0,4	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,4	1,9		45
Cartagena de Indias	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	4,4		44
Boyacá	0,5	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,7	3,0		39
Cesar	0,5	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6	1,7		26
Casanare	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	1,6	0,6		23
Bolívar	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6		22
Santiago de Cali	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	1,3	1,7		21
Cundinamarca	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	0,1	0,8	0,9		21
Chocó	0,4	0,2	3,7	0,5	0,0	0,3	2,7	3,3		20
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	110,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,8	22,5		10
Vaupés	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	3,6		10
Arauca	0,8	0,1	0,0	0,5	0,0	0,0	1,8	1,0		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	0,6	0,5		5
Santa Marta	0,2	0,2	0,0	1,3	0,7	0,0	0,9	0,7		4
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	0,5	0,2		3
Putumayo	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5		2
Caquetá	1,5	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
Antioquia	Necoclí	4	6/10/2026	17/11/2026
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	11	2/09/2026	14/10/2026
Boyacá	Cubará	15	12/08/2026	23/09/2026

*FIS: fecha de inicio de síntomas

La fecha estimada de cierre del brote se calcula a partir de los 42 días posteriores a la fecha de inicio de síntomas (FIS) del último caso confirmado. No obstante, el cierre oficial corresponde a la entidad territorial, que lo decreta una vez verifique el cumplimiento de los criterios epidemiológicos establecidos. Adicionalmente, la presencia de casos en estudio puede modificar la fecha estimada de cierre cuando estos son confirmados.

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



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 20 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 Cali y Buenaventura. De acuerdo con el seguimiento institucional, se identificaron afectaciones en cerca de 500 municipios de 16 departamentos del país. La emergencia continúa en fase de seguimiento y recuperación, manteniéndose la articulación entre las autoridades nacionales y territoriales para la vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental, el monitoreo de riesgos y el fortalecimiento de las capacidades de respuesta en los territorios afectados.

En materia de vigilancia en salud pública, con corte al 20 de octubre de 2026, se mantiene el seguimiento de los brotes identificados en el contexto posterior al sismo. La mayoría de los brotes reportados durante la emergencia han sido cerrados tras la implementación de las medidas de control correspondientes. Continúa el seguimiento epidemiológico de los eventos que permanecen activos y de las situaciones identificadas mediante vigilancia intensificada, sin evidencia de incremento inusual de eventos que pueda atribuirse directamente al sismo. Los comportamientos observados en algunos eventos corresponden principalmente al fortalecimiento de la vigilancia, la ampliación de la cobertura de notificación y las actividades de búsqueda activa desarrolladas en los territorios afectados.

Asimismo, no se reportan alertas sanitarias relevantes asociadas a enfermedades zoonóticas, transmitidas por vectores o infecciones de transmisión sexual, ni cambios significativos en los eventos priorizados de enfermedades no transmisibles y salud mental.

El Sistema Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) mantiene niveles adecuados de funcionamiento en las entidades territoriales afectadas. Las entidades territoriales priorizadas continúan reportando cumplimiento de los procesos de notificación en los diferentes niveles del sistema, garantizando la continuidad y oportunidad de la vigilancia. Se mantiene el acompañamiento técnico para favorecer el restablecimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) que continúan presentando limitaciones operativas asociadas a los efectos de la emergencia y para fortalecer la calidad de la información reportada.

Respecto a la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), Con corte al 19 de octubre de 2026, la Vigilancia Basada en Comunidad registró 538 reportes relacionados con la emergencia sísmica, concentrados principalmente en Quindío, Chocó, Caldas y Risaralda. Durante la última semana se notificaron tres (3) nuevos reportes, asociados a riesgos sanitarios por proliferación de roedores en Armenia, necesidades de atención en salud mental para menores alojados en el alojamiento temporales de emergencia (ATE) Cacique de Quimbaya y un caso de síndrome febril y respiratorio en el ATE El Vergel de Pereira, el cual fue investigado y cerrado tras confirmarse un cuadro de rinofaringitis. Los hallazgos evidencian que, aunque la mayoría de las situaciones reportadas corresponden a eventos de baja magnitud y de manejo local, persisten necesidades de seguimiento en salud ambiental y salud mental en la población afectada. En respuesta, se mantiene la articulación con las entidades territoriales para fortalecer las acciones de verificación, investigación de campo, control sanitario y activación oportuna de las rutas de atención requeridas.

En los ATE, Con corte al 19 de octubre de 2026, se han identificado 118 ATE en las zonas afectadas por el sismo, de los cuales 40 permanecen activos y alojan a 1 849 personas, mientras que 78 han sido cerrados, evidenciando un avance progresivo en el proceso de recuperación y retorno de la población afectada. No obstante, persisten condiciones que representan riesgos para la salud pública, particularmente en materia de saneamiento básico, acceso a agua segura, manejo de residuos sólidos y presencia de vectores y plagas. Entre los alojamientos con información disponible, se identificaron deficiencias en la gestión de residuos y acceso a agua apta para consumo humano, especialmente en territorios de Chocó, Valle del Cauca, Santiago de Cali, Buenaventura y Risaralda. Asimismo, se reporta presencia de zancudos, moscas, larvas y roedores en varios ATE, principalmente en Buenaventura y municipios del Chocó, lo que incrementa el riesgo de enfermedades asociadas a factores ambientales. En cuanto al manejo de alimentos, aunque la mayoría de los alojamientos cumplen con condiciones adecuadas de preparación y conservación, persisten limitaciones de infraestructura y operación en algunos municipios que requieren fortalecimiento de las acciones de vigilancia sanitaria e inocuidad alimentaria. En este contexto, se mantiene el monitoreo continuo por parte de las entidades territoriales y del INS para orientar intervenciones de control sanitario, garantizar condiciones adecuadas de habitabilidad y reducir los riesgos para la población alojada.

Con relación a la Red Nacional de Laboratorios (RNL), continúa el proceso de recuperación gradual de las capacidades diagnósticas en los departamentos

afectados. Los Laboratorios de Salud Pública mantienen medidas de contingencia para asegurar la continuidad del procesamiento de muestras prioritarias mediante acuerdos de referencia y contrarreferencia, adecuación de espacios temporales y fortalecimiento de la capacidad operativa. El Instituto Nacional de Salud mantiene el acompañamiento técnico para garantizar la continuidad de la vigilancia por laboratorio y la recuperación progresiva de la infraestructura afectada.

La Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión continúa operando sin reportes de desabastecimiento de sangre o hemocomponentes en los territorios afectados. Asimismo, la Dirección de Producción mantiene el seguimiento y no reporta desabastecimiento de suero antiofídico en las entidades territoriales priorizadas.

Como parte de la respuesta institucional, permanece activo el Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), con seguimiento mediante la Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA) y articulación permanente con las autoridades sanitarias territoriales. Las acciones se enfocan en el monitoreo epidemiológico de los eventos de interés en salud pública, la vigilancia sanitaria y ambiental en alojamientos temporales, el fortalecimiento de las intervenciones de agua segura, saneamiento básico, manejo de residuos sólidos, inocuidad alimentaria y control de vectores, así como en el restablecimiento de las capacidades locales de vigilancia y laboratorio.

Aunque la situación ha evolucionado hacia una fase de recuperación, persisten factores de vulnerabilidad sanitaria y ambiental relacionados con las afectaciones en infraestructura, la permanencia de población en algunos alojamientos temporales y las limitaciones de saneamiento básico en determinados territorios. Por esta razón, se mantiene el seguimiento intensificado y la coordinación nacional de la respuesta en salud pública para prevenir eventos secundarios que puedan afectar a la población expuesta.

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS). Reporte de Situación (Sitrep) No. 52, 20 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 15 y el 20 de octubre de 2026.

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 20 de octubre de 2026

Para 2026, con corte al 20 de octubre (datos preliminares), se han confirmado por laboratorio 60 casos de fiebre amarilla en humanos, con fecha de inicio de síntomas (FIS) entre el 04 de enero y el 19 de septiembre de 2026. Del total de casos confirmados, el 93,3 % (56/60) corresponde al departamento del Tolima, el 5,0 % (3/60) a Cundinamarca y el 1,7 % (1/60) al Meta.

En cuanto a la mortalidad, se han notificado 30 fallecimientos entre los casos investigados, de los cuales 28 fueron confirmados como muertes por fiebre amarilla y dos (2) fueron excluidos del cálculo de la letalidad, debido a que la causa de muerte no correspondió a esta enfermedad. En consecuencia, la letalidad entre los casos confirmados es del 46,6 % (28/60).

La distribución municipal de los casos confirmados en el departamento del Tolima es la siguiente: 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 el departamento del Meta se confirmó un caso procedente de Villavicencio, mientras que en Cundinamarca se confirmaron tres casos procedentes del municipio de Paratebueno.

Durante el periodo comprendido entre el 14 y el 20 de octubre de 2026, no se confirmaron nuevos casos de fiebre amarilla en humanos. A la fecha de corte, se completan cuatro semanas sin confirmación de nuevos casos humanos, aunque persiste la circulación del activa del en áreas de riesgo de los departamentos del Tolima y Cundinamarca, con antecedentes recientes de transmisión en los municipios de Paratebueno (Cundinamarca) y Purificación, Chaparral, Carmen de Apicalá, Icononzo, Melgar y San Antonio (Tolima).

Durante 2026, con corte al 20 de octubre y según datos preliminares, se han confirmado 34 epizootias por fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). Los últimos eventos confirmados por el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud corresponden al 19 de septiembre de 2026, en áreas rurales de los municipios de Icononzo y Purificación, en el departamento del Tolima.

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, 21 de octubre de 2026

Con corte al 21 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 casos aislados y un conglomerado (5 casos). Último caso confirmado con fecha de inicio de exantema el 22/09/2026 en Leticia Amazonas, importado de Perú. En cuanto a la caracterización genética, ocho (8) 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 04 semanas, 109 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (56), Antioquia (22), Sucre (4), Nariño, Norte de Santander y Tolima (3), Amazonas, Córdoba, Huila, Meta, Risaralda y Santander (2), Atlántico, Cartagena de Indias, Casanare, Putumayo, Santa Marta y Valle del Cauca un caso cada uno. Con corte al 21 de octubre de 2026, se han notificado 2 188 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 2 044 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, 21 de octubre de 2026.

Brote de tos ferina en población de interés especial, Necolí, Antioquia, 19 de octubre de 2026

Se identificó un brote de tos ferina en comunidad indígena Caimán Medio. A la fecha, se han confirmado cuatro (4) casos, con una población expuesta de 613 personas y una tasa de ataque del 0,6 %. Todos los casos corresponden a menores de un año sin antecedente vacunal. Se ha registrado un fallecimiento en un menor de 11 meses, confirmado para tos ferina.

Como parte de las acciones de respuesta se realizó investigación epidemiológica de campo (IEC), búsqueda activa comunitaria (BAC), Sala de Análisis de Riesgo (SAR) departamental y la unidad de análisis del caso fallecido. Asimismo, se administró profilaxis antibiótica con azitromicina a 10 personas. Se identificaron barreras geográficas y restricciones para el ingreso de los equipos de salud a la comunidad. El 16 de octubre de 2026 se realizó una mesa intersectorial para concertar nuevas intervenciones, previstas entre el 20 y el 22 de octubre de 2026.

Se encuentra pendiente continuar con la investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa comunitaria, las valoraciones integrales, la recolección de muestras y las acciones para la recuperación de esquemas de vacunación. Situación en seguimiento por las autoridades de salud, información sujeta a cambios.

Seguimiento a incendios de cobertura vegetal en Colombia, 20 de octubre de 2026

En Colombia continúan las condiciones asociadas al fenómeno de El Niño, en un contexto en el que el país atraviesa la segunda temporada de más lluvias. Ambas condiciones pueden coexistir y generar comportamientos diferenciados entre territorios, por lo que se mantiene el seguimiento de los incendios de cobertura vegetal y de sus posibles efectos sobre la salud pública.

En respuesta a esta situación, desde el nivel nacional se ha intensificado las acciones para la preparación y respuesta en salud frente a incendios forestales, exposición al humo y deterioro de la calidad del aire (Circular 031 del 24 de septiembre de 2026); así como las acciones de vigilancia, prevención y atención en salud, fortaleciendo el monitoreo epidemiológico y ambiental ante la temporada seca y ocurrencia del fenómeno de El Niño (Circular 023 del 10 de julio de 2026). De igual manera, en Tolima se mantiene activa la Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA), convocada desde el 25 de septiembre para el seguimiento de los incendios y sus potenciales afectaciones.

Por medio del SAT durante la semana epidemiológica 41 se identificaron puntos de calor compatibles con incendios de cobertura vegetal en: Tolima (Cunday), Meta (La Macarena), Caquetá (Solano) y Cesar (Aguachica). Adicionalmente, a través de la Vigilancia Basada en Comunidad, se identificaron dos (2) reportes asociados a incendios de cobertura vegetal en Neiva (Huila).

A corte de 20 de octubre de 2026 se reportan incendios activos en Boyacá (Villa de Leyva), Casanare (Paz de Aripuro) y Vichada (Cumaribo y La Primavera). Por su parte, el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), en el Boletín de Pronóstico de la Amenaza por Incendios de la Cobertura Vegetal No. 293 (20/10/2026) reporta 23 municipios con probabilidad de ocurrencia de incendios de cobertura vegetal; alerta alta (4): Boyacá (Villa de Leyva), Norte de Santander (Chinácota) y Tolima (Natagaima y Purificación); alerta moderada (5): Cundinamarca (Cucunubá), Huila (Villavieja), Norte de Santander (San José de Cúcuta) y Tolima (Alpujarra y Dolores); y 14 municipios con alerta baja en Antioquia, Huila, Nariño y La Guajira.

Respecto a la calidad del aire, con corte al 20 de octubre de 2026, la Secretaría Distrital de Ambiente de Bogotá (Índice Bogotano de Calidad del Aire y Riesgo en Salud (IBOCA), Área Metropolitana del Valle de Aburrá (SIATA) y Santander (SISAIRE) reportaron sus estaciones con índice de calidad del aire (ICA) bajo, sin riesgo para la salud humana; mientras que en Barranquilla se reportaron dos estaciones con ICA moderado.

En relación con los eventos de interés en salud pública (EISP) priorizados para el seguimiento de esta situación, durante la semana epidemiológica 40 de 2026 se identificó comportamiento inusual en la morbilidad por IRA en consulta externa y urgencias en La Guajira e IRA hospitalizaciones en UCI en Huila y Tolima. Intoxicaciones por humo: durante la semana epidemiológica 40 se presentó un conglomerado en Barranquilla (5 personas) y un caso en Chaparral, Tolima; Adicionalmente, entre agosto y octubre (a semana epidemiológica 39) se identificaron seis conglomerados.

asociados a intoxicaciones por inhalación de humo, con 43 personas afectadas: Envigado, Antioquia (3); San Luis (19), Ortega (9) y Chaparral (5), en Tolima, Barranquilla (5) y Nariño (2).

Con base en la información ambiental y epidemiológica disponible, el Grupo de Factores de Riesgo Ambiental del INS (GFRA-INS) determinó que los eventos evaluados durante la semana epidemiológica 40 de 2026 en Boyacá, Casanare y Vichada presentaron una valoración ambiental de riesgo bajo.

Fuente: Boletín No. 293 de Pronóstico de la Amenaza por Incendios de la Cobertura Vegetal del IDEAM, 20 de octubre de 2026 (<https://www.ideam.gov.co/file-download/download/public/23708>); plataformas de vigilancia de calidad del aire IBOCA (Bogotá), SIATA (Valle de Aburrá), Santander y Barranquilla; Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), seguimiento de EISP priorizados, SE409 de 2026; Grupo de Factores de Riesgo Ambiental del Instituto Nacional de Salud (GFRA-INS), valoración del riesgo ambiental, SE 40 de 2026.

ALERTAS INTERNACIONALES

Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio en el Reino de Arabia Saudita. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 15 de octubre de 2026

Entre el 01 de enero y el 05 de octubre de 2026, el Reino de Arabia Saudita notificó ocho (8) casos de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) confirmados mediante pruebas de laboratorio, incluido un fallecimiento. Los casos se detectaron en seis localidades: Al Jouf (1), Arar (1), Hafr Al-Batin (1), Riad (2), Tabuk (1) y Taif (2). No se identificaron vínculos epidemiológicos entre ninguno de los casos. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (6/8), disnea (5/8) y tos (4/8). Ninguno de los afectados era trabajador de la salud. El síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) es una enfermedad respiratoria vírica de origen zoonótico, en la que los dromedarios actúan como principal reservorio animal; dos de los casos declararon haber tenido contacto directo con dromedarios, mientras que seis indicaron no haber tenido ninguna exposición conocida a estos animales. Siete de los ocho casos presentaban comorbilidades subyacentes, factores de riesgo reconocidos para el desarrollo de una forma grave de la enfermedad por MERS-CoV. Los casos parecen corresponder a infecciones esporádicas derivadas de la transmisión zoonótica, más que a un brote único.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Coronavirus causante del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio en el Reino de Arabia Saudita. Fecha de publicación: 15 de octubre de 2026. Fecha de consulta: 19 de octubre de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus---kingdom-of-saudi-arabia>

Nigeria confirma un caso importado de la enfermedad por el virus de Bundibugyo. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 20 de octubre de 2026

El 20 de octubre de 2026 se confirmó un caso importado de enfermedad por el virus del ébola, cepa Bundibugyo en la Capital Federal de Nigeria. El país se convierte en el quinto en detectar el virus desde que se declaró el brote en la República Democrática del Congo el 15 de mayo de 2026.

De acuerdo con la información del Ministerio Federal de Salud y Bienestar Social, la paciente es una mujer que viajó recientemente a Uganda, con inicio de síntomas el 07 de octubre. Consultó el 11 de octubre en un centro sanitario

privado y se confirmó la enfermedad el 20 de octubre. La paciente se encuentra en aislamiento y recibiendo atención médica. La investigación para identificar fuente de infección y el historial completo de viajes está en curso.

Hasta el momento se han identificado 44 contactos, quienes permanecen bajo seguimiento.

La OMS insta a todos los países de la región a mantener un alto nivel de preparación, dado que el brote en la República Democrática del Congo sigue evolucionando; y en las últimas semanas, Kenia ha notificado nueve casos vinculados a un caso importado.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Nigeria confirma un caso importado de la enfermedad por el virus de Bundibugyo. Fecha de publicación: 20 de octubre de 2026. Fecha de consulta: 20 de octubre de 2026. Disponible en: <https://www.afro.who.int/countries/nigeria/news/nigeria-confirms-imported-case-ebola-bundibugyo-virus-disease>

Actualización epidemiológica dengue y Chikunguña en la región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 20 de octubre de 2026

En la región de Las Américas, durante el año 2026 y hasta la semana epidemiológica 37, se notificaron 1 692 937 casos sospechosos de dengue y 523 102 casos confirmados de dengue a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la OPS. De este total, 3 413 (0,2 %) fueron caracterizados como dengue grave y se registraron 571 defunciones (letalidad de 0,034 %).

Durante el 2026, se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus dengue en la región de las Américas. Brasil, Colombia, México, Panamá y Venezuela reportan circulación simultánea de los cuatro serotipos. Adicionalmente, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Paraguay y Perú reportaron circulación simultánea de DENV-1, DENV2 y DENV-3, mientras Cuba reporta la circulación simultánea de dengue DENV-2, DENV-3 y DENV-4. En cuanto al análisis de la tendencia, al comparar los casos notificados a través de PLISA en 2026, con el número de casos registrado en el 2025 durante el mismo periodo se observa un descenso del 58,0 % y comparado con el promedio de los últimos 5 años un descenso del 64,0 %.

Entre finales del 2025 y 2026 se ha evidenciado el incremento de casos de chikunguña en varios países y territorios de la región de las Américas, además de la reaparición de transmisión autóctona en países y territorios que no registraban

circulación viral desde hacía varios años. En este periodo, se ha documentado una elevada transmisión del virus chikunguña en todas las provincias de Cuba, las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil, el sur de Bolivia, así como, la reaparición de casos en la zona del escudo guyanés, y en países de Centroamérica.

Entre las semanas epidemiológicas 01 y 38 del 2026, se notificaron un total de 213 919 casos sospechosos de chikunguña, incluyendo 78 481 casos confirmados y 88 defunciones, con una letalidad de 0,041 %, en 20 de los países de la Región de las Américas. Aunque esta cifra es menor que la observada en el mismo periodo del 2025, la transmisión muestra un mayor potencial de expansión hacia nuevas áreas con presencia de mosquitos *Aedes aegypti*, la ocurrencia de brotes fuera de las temporadas históricas, mayor duración de los periodos de transmisión, y el aumento de formas clínicas más graves.

La OPS recomienda mantener y reforzar la vigilancia epidemiológica, virológica, y entomológica, así como fortalecer la capacidad diagnóstica, para asegurar la detección temprana, el manejo clínico oportuno de los casos y consolidar las acciones de manejo integrado de vectores, con el fin de limitar la transmisión y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a dengue, el chikunguña y otras arbovirosis.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualización Epidemiológica dengue y chikunguña en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 20 de octubre de 2026. Fecha de consulta: 21 de octubre de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/10/2026-20-octubre-phe-dengue-chkvfinal-es.pdf>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 41 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 41

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			Leptospiriosis		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	41	0	0	474	38	57	814	20	129	114	8	15	2	0	0	1	0	0	15	0	0
Antioquia	465	12	10	17648	1460	1567	3559	260	509	1262	111	155	33	4	5	230	61	6	621	18	10
Arauca	93	3	0	877	63	97	2533	88	284	778	22	85	30	0	2	1	1	0	30	0	1
Atlántico	71	4	2	3578	288	338	3508	264	555	1514	156	225	25	8	4	4	1	1	56	1	0
Barranquilla D.E.	10	0	0	4116	290	341	2753	279	276	1265	153	137	23	6	2	4	2	0	103	3	0
Bogotá D.C.	1	0	0	20373	1841	1975	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	20	10	116	1	4
Bolívar	217	6	3	2437	218	206	8670	299	1367	3569	151	547	109	6	14	3	0	0	96	4	1
Boyacá	60	1	1	6036	515	625	271	20	46	121	8	20	4	0	1	4	1	0	45	0	0
Buenaventura D.E.	17	0	0	112	11	6	160	31	38	59	13	15	2	0	1	0	0	0	76	2	3
Caldas	53	1	0	3703	302	396	162	13	23	66	8	9	0	0	0	7	1	1	59	0	0
Santiago de Cali D.E.	9	0	1	4721	416	429	1171	561	136	442	223	51	8	6	1	3	35	0	82	2	0
Caquetá	136	3	0	1030	96	108	432	37	21	229	20	12	12	0	1	0	0	0	179	7	0
Cartagena de Indias D.T.	22	0	1	2243	150	227	3354	472	368	625	212	48	33	10	3	1	0	0	148	11	3
Casanare	142	3	3	1878	134	191	3546	73	249	1053	31	71	22	2	0	1	1	0	37	1	0
Cauca	92	1	0	5278	454	448	218	58	45	74	22	16	7	1	0	5	2	0	75	0	0
Cesar	219	7	5	2793	205	272	6452	251	338	3578	155	132	48	5	3	2	1	1	24	1	0
Chocó	182	3	4	285	20	22	1058	86	170	231	18	44	6	1	0	0	0	0	101	1	0
Córdoba	311	9	9	4524	383	380	2938	367	285	1308	176	148	12	2	2	1	1	0	90	1	0
Cundinamarca	74	2	2	13583	1117	1297	1835	149	447	705	74	183	21	1	7	19	4	5	131	2	1
Guainía	6	1	0	231	14	18	10	4	1	3	1	1	0	0	0	1	0	0	8	0	0
Guaviare	61	1	2	340	67	32	609	29	155	166	8	36	3	0	0	0	0	0	24	1	0
Huila	128	2	6	6006	393	592	1044	139	113	428	53	44	50	5	1	10	2	3	196	3	1
La Guajira	114	5	2	2064	252	179	3148	131	63	1690	93	35	52	3	0	3	1	0	26	0	0
Magdalena	129	7	5	2115	192	178	5462	115	587	2675	77	257	36	2	2	1	4	0	39	1	1
Meta	233	5	6	3949	336	408	13746	324	975	4123	116	320	121	3	13	7	10	0	45	1	0
Nariño	111	3	0	6675	564	625	661	78	65	260	26	21	5	1	1	3	0	0	63	0	1
Norte de Santander	273	6	8	6470	491	640	5770	318	704	2096	161	210	71	6	2	20	17	0	97	1	0
Putumayo	107	1	2	1676	141	166	388	44	80	115	14	24	6	0	1	1	0	1	33	0	0
Quindío	12	0	0	2917	222	256	375	24	92	94	9	18	13	0	5	2	2	0	82	2	0
Risaralda	53	0	0	3972	318	382	206	20	56	84	9	27	3	0	0	15	2	1	176	4	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	320	27	30	36	9	5	13	4	2	1	0	0	1	0	0	5	0	0
Santa Marta D.T.	36	0	1	1744	133	172	2081	78	50	921	46	15	7	1	0	1	1	0	74	1	1
Santander	165	4	5	7347	570	701	6786	464	1139	2658	207	461	47	4	9	86	4	10	212	2	1
Sucre	74	2	0	2470	202	218	2203	204	492	992	129	188	16	4	3	2	0	0	80	3	2
Tolima	118	4	1	6714	538	614	3024	386	600	999	179	226	42	3	11	6	2	0	605	7	7
Valle del Cauca	60	2	1	8250	634	749	2031	379	475	700	145	137	21	3	5	5	8	1	105	2	0
Vaupés	33	0	0	198	14	16	90	1	22	8	0	1	0	0	0	1	0	0	4	0	0
Vichada	43	1	1	211	23	17	124	17	23	36	4	6	1	0	0	0	0	0	10	0	0
Total nacional	3.971	99	81	159.358	13.132	14.975	91.228	6.092	10.983	35.054	2842	3.942	892	87	99	546	185	40	3.968	359	320

45

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 41

Decremento
Incremento

	IRAG inusitado			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica		
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	1	0	0	1989	284	155	2	2	0	4890	541	347	98	15	6	0	0	0	2345	321	223
Antioquia	69	5	4	8121	774	869	217	27	39	760093	77332	63478	29661	2630	2291	3052	737	497	334599	31987	35427
Arauca	26	2	1	188	6	9	6	1	0	19290	2391	1869	2643	181	396	48	8	13	6697	603	705
Atlántico	10	1	1	2	0	0	6	5	1	124338	12264	14641	2710	258	262	1743	268	223	49088	4187	5490
Barranquilla D.E.	20	1	0	0	0	0	16	8	2	174901	18298	20993	9894	555	1147	1385	259	388	60811	5662	5737
Bogotá D.C.	2	0	0	0	0	0	164	45	31	1278197	127902	141786	56507	4683	4717	7295	1415	1313	632271	59324	75377
Bolívar	3	0	0	1851	105	217	27	5	8	104543	11644	9712	2530	273	213	340	113	54	24360	2529	2135
Boyacá	3	0	1	184	0	7	28	6	5	98186	12286	9272	5680	453	516	337	76	69	40719	3878	4731
Buenaventura D.E.	0	0	0	1650	156	190	13	2	0	8181	1137	658	34	9	0	8	2	0	2595	251	264
Caldas	22	1	0	8	2	0	27	3	5	62987	7442	5223	2548	238	152	976	138	118	27660	2570	2712
Santiago de Cali D.E.	83	1	4	3	1	0	91	12	15	180317	21196	16200	5187	486	473	464	80	59	80291	9223	6760
Caquetá	5	0	0	339	16	23	19	4	1	25544	2933	1972	1851	153	137	29	7	11	12463	1283	1301
Cartagena de Indias D.T.	2	1	0	3	0	1	19	5	4	139781	17905	15358	9111	428	556	1503	224	318	42580	3855	4630
Casanare	7	1	0	25	1	0	8	2	0	20761	2770	1891	318	70	11	114	14	14	8683	886	872
Cauca	12	0	0	2086	238	145	41	3	6	76551	9236	5832	3459	232	198	196	83	58	29993	5032	2818
Cesar	35	2	5	13	2	2	44	3	10	85210	10686	7951	4530	571	449	339	159	82	19598	2249	1832
Chocó	2	1	0	27379	2143	3633	19	3	5	19413	2131	1506	1015	133	66	33	4	9	13951	1038	1354
Córdoba	3	0	0	4482	762	493	25	5	3	162788	14863	14055	8509	622	701	1527	279	361	36839	3735	3339
Cundinamarca	7	0	1	0	0	0	63	10	7	276778	27020	26891	12515	971	1133	867	255	174	134372	12954	15657
Guainía	0	0	0	3132	344	326	0	0	0	1416	212	131	79	26	4	0	0	0	1247	124	115
Guaviare	0	0	0	1307	98	156	3	0	1	5280	579	515	898	38	72	58	10	9	3667	237	396
Huila	27	1	0	0	0	0	26	6	2	64910	9421	5157	4195	313	330	548	78	120	32881	4200	3783
La Guajira	10	1	0	16	2	2	12	2	3	224783	15048	23497	3110	649	319	498	66	62	34762	4256	3743
Magdalena	5	1	0	13	1	0	15	2	2	98694	8986	7668	3652	255	530	25	8	5	27657	2783	2161
Meta	17	1	0	1510	43	158	12	1	1	70103	6428	6313	2833	211	234	208	70	43	37198	3911	3472
Nariño	9	0	1	3143	698	240	75	8	21	91956	13171	8675	6317	389	470	158	25	34	38659	5366	4090
Norte de Santander	4	0	0	933	99	89	82	11	17	121648	12568	8677	8364	742	541	711	112	105	43416	4975	4372
Putumayo	4	0	0	62	4	2	7	2	1	31579	2326	2559	1270	101	156	41	6	6	11215	1056	812
Quindío	3	0	0	2	2	0	10	3	1	38556	5583	2876	2048	203	118	389	57	53	25601	2552	2266
Risaralda	10	0	0	2627	338	222	62	6	11	79237	9244	4957	2456	307	110	234	46	20	31472	3376	2976
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	2	1	0	4954	695	549	577	70	41	15	0	3	2293	258	344
Santa Marta D.T.	6	0	0	0	0	0	14	1	3	45797	2928	4348	2895	220	233	647	159	111	16222	1329	1490
Santander	7	0	0	15	1	3	119	8	30	199088	16041	16586	13860	1189	1145	2052	374	391	78106	6656	8117
Sucre	1	0	0	57	7	9	25	2	9	79306	8866	7405	5797	759	513	852	284	205	20804	2302	1975
Tolima	17	1	0	20	0	2	15	4	2	106911	10339	8155	7346	430	512	381	55	73	50519	4765	5240
Valle del Cauca	40	2	0	20	9	1	38	8	10	104653	12014	8434	2852	249	195	820	109	87	56976	5511	5305
Vaupés	10	1	1	1125	229	192	8	1	1	5225	405	710	109	14	7	0	1	0	2315	122	300
Vichada	1	0	1	1576	131	86	2	0	0	2352	394	217	6	4	0	2	1	1	1297	139	124
Total nacional	483	20	20	63.883	6.572	7.088	1.362	216	257	4.999.197	515.225	477.064	227.464	19.130	18.954	27.895	5.572	5.089	2.076.222	205.483	222.445

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 41

Decremento
Incremento

	Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	14	15	14	0	0	0	0	0	0	2	1	0	6	0	0	93	5	12	1	0	0
Antioquia	602	663	602	9	11	0	470	53	29	15	5	0	1104	44	46	2189	199	171	341	35	20
Arauca	41	48	41	2	1	0	24	1	2	1	1	0	47	1	10	195	14	46	57	5	8
Atlántico	104	182	104	2	3	0	58	4	1	0	0	0	27	1	3	694	63	80	33	2	0
Barranquilla D.E.	156	215	156	1	2	0	138	7	8	0	0	0	52	5	3	835	74	59	77	6	1
Bogotá D.C.	582	628	582	18	11	0	1201	115	104	742	5	13	1022	66	30	3957	360	329	1526	199	103
Bolívar	157	175	157	7	3	0	33	3	1	2	0	0	30	3	0	395	41	26	16	0	1
Boyacá	91	108	91	4	2	0	150	13	16	18	1	1	132	3	4	597	52	47	184	25	18
Buenaventura D.E.	42	61	42	0	1	0	2	0	1	0	1	0	3	0	0	28	1	2	1	0	0
Caldas	61	74	61	2	2	0	36	7	5	2	1	0	28	1	8	372	32	32	19	2	5
Santiago de Cali D.E.	209	236	209	3	3	1	110	20	10	1	0	0	38	2	1	781	98	38	93	7	10
Caquetá	38	50	38	0	2	0	25	3	3	1	0	0	5	1	0	199	14	23	11	2	4
Cartagena de Indias D.T.	125	188	125	1	2	0	49	5	3	0	0	0	58	2	1	400	49	41	30	0	0
Casanare	39	59	39	2	2	0	44	1	2	3	0	2	46	0	0	219	23	28	23	7	5
Cauca	161	192	161	3	3	1	52	10	7	3	0	0	33	1	0	239	20	23	109	21	16
Cesar	170	210	170	1	4	0	64	5	0	0	0	0	71	2	2	550	28	27	20	2	1
Chocó	118	144	118	0	2	0	3	0	0	0	1	0	120	5	3	24	4	3	11	0	1
Córdoba	202	299	202	3	5	0	160	13	6	1	0	0	22	2	5	1061	121	55	43	2	0
Cundinamarca	283	320	283	5	6	0	347	33	29	259	2	9	186	16	12	2050	161	217	274	45	15
Guainía	16	15	16	0	0	0	0	0	0	3	1	1	3	0	0	32	2	4	1	0	0
Guaviare	7	12	7	1	0	0	6	1	0	1	1	0	3	0	0	32	6	3	8	2	1
Huila	126	139	126	7	3	0	115	14	7	14	1	2	35	3	1	488	45	34	27	8	3
La Guajira	232	315	232	0	3	0	27	2	0	0	0	0	33	2	0	379	27	49	23	1	3
Magdalena	100	144	100	1	2	0	22	2	0	0	1	0	18	1	0	276	26	14	4	0	0
Meta	116	143	116	5	2	0	55	6	2	13	1	0	123	6	9	386	50	39	36	5	3
Nariño	131	157	131	7	3	0	110	13	13	2	1	0	70	5	1	723	54	78	22	0	1
Norte de Santander	132	177	132	5	3	1	141	15	7	0	0	0	100	5	1	1232	85	88	62	5	2
Putumayo	26	48	26	3	1	0	39	3	1	1	1	0	24	1	2	147	15	24	19	3	3
Quindío	43	45	43	0	1	0	39	3	1	1	1	0	21	1	0	265	31	15	47	16	3
Risaralda	81	82	81	1	2	0	41	5	1	1	1	0	79	3	1	376	38	19	18	2	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	5	11	5	0	0	0	5	0	0	0	1	0	3	0	0	74	5	6	1	0	0
Santa Marta D.T.	69	74	69	2	2	1	18	0	3	0	1	0	17	8	3	199	12	11	9	0	0
Santander	137	178	137	4	4	0	63	8	4	1	0	0	175	8	1	921	77	68	93	7	4
Sucre	114	141	114	3	2	0	45	4	5	4	1	0	33	9	2	448	62	42	30	1	1
Tolima	83	122	83	5	2	0	42	8	8	7	1	0	26	3	4	591	69	80	47	4	5
Valle del Cauca	136	163	136	3	4	0	123	12	4	0	0	0	13	1	0	876	75	78	43	7	6
Vaupés	7	11	7	0	0	0	3	0	0	1	1	0	110	4	2	33	1	5	3	0	0
Vichada	34	30	34	0	0	0	2	0	1	4	1	0	31	0	3	75	2	2	1	0	0
Total nacional	4.790	5.873	4.790	113	92	4	3.862	389	284	1.103	51	28	3.947	207	158	22.431	2.009	1.918	3.363	421	244

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 41

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis Cutanea	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	51	39	0	0	67	77	13	10
Antioquia	1	1	0	2	1782	2114	0	2	4450	4821	886	510
Arauca	1	0	0	0	224	138	0	0	146	179	16	11
Atlántico	1	0	0	0	344	276	0	0	777	779	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	215	167	0	0	771	822	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	2604	1971	0	0	4454	5090	0	0
Bolívar	0	2	0	0	412	478	0	0	467	441	329	311
Boyacá	2	0	0	0	413	449	0	0	880	777	151	85
Buenaventura D.E.	0	1	0	0	127	110	0	0	80	89	16	26
Caldas	0	0	0	1	156	159	0	0	962	1031	166	81
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	1	401	401	1	2	1424	1628	1	0
Caquetá	0	0	0	0	151	111	0	0	205	176	212	133
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	298	465	0	0	464	523	1	1
Casanare	7	1	0	0	260	172	0	0	245	249	7	6
Cauca	0	0	0	0	266	288	0	0	702	740	44	19
Cesar	3	0	0	0	643	816	0	0	483	512	176	271
Chocó	0	0	0	0	680	778	0	0	99	154	200	146
Córdoba	1	2	0	0	471	514	0	0	880	956	165	102
Cundinamarca	1	0	0	0	1053	955	0	0	1939	2397	163	87
Guainía	0	0	0	0	46	25	0	0	24	24	14	12
Guaviare	0	0	0	0	80	52	0	0	52	52	255	154
Huila	0	0	0	0	366	320	0	3	675	703	8	12
La Guajira	0	0	0	0	1682	1357	0	0	252	316	22	28
Magdalena	0	0	0	0	534	512	0	0	305	353	6	10
Meta	1	0	0	0	353	380	0	0	594	562	168	105
Nariño	0	0	0	0	561	614	0	0	1210	1234	182	101
Norte de Santander	1	1	0	0	588	480	0	0	921	1053	181	120
Putumayo	0	0	0	0	165	147	0	0	251	215	199	48
Quindío	0	0	0	0	82	73	0	0	421	418	1	0
Risaralda	0	0	0	0	341	482	0	0	1016	975	98	76
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	14	0	0	22	29	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	101	129	0	0	250	276	11	14
Santander	4	1	0	0	403	412	0	0	1354	1488	537	707
Sucre	1	0	0	0	229	348	0	1	413	408	86	71
Tolima	2	0	0	0	305	307	0	0	968	968	196	79
Valle del Cauca	0	0	0	0	419	458	0	0	1101	1209	14	9
Vaupés	0	0	0	0	50	24	0	0	65	74	33	11
Vichada	0	0	0	0	234	185	0	0	22	31	27	31
Total nacional	29	9	0	4	17.098	16.720	1	8	29.408	31.829	4.391	3.390

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 41

Decremento
Incremento

	Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita	
Tipo de casos incluidos para el análisis	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		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y 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
Amazonas	0	0	1	0	3	2	1	0	1	6	3	3
Antioquia	15	12	6	5	25	27	11	8	110	440	124	105
Arauca	1	0	0	1	3	2	1	0	4	1	28	12
Atlántico	6	1	1	0	8	3	5	0	25	27	39	21
Barranquilla D.E.	5	0	1	2	5	8	2	1	20	21	37	15
Bogotá D.C.	16	14	1	2	28	27	0	1	125	933	89	81
Bolívar	6	1	2	1	10	11	7	3	20	5	39	21
Boyacá	3	2	1	0	4	3	1	1	20	18	18	8
Buenaventura D.E.	2	1	0	3	4	3	2	2	5	3	19	13
Caldas	1	0	0	0	1	0	0	0	17	11	15	11
Santiago de Cali D.E.	5	1	1	0	7	1	1	1	36	39	24	26
Caquetá	2	3	0	0	6	2	3	0	7	6	7	4
Cartagena de Indias D.T.	5	4	1	0	7	8	2	0	16	34	60	27
Casanare	2	3	1	0	1	3	1	0	8	10	32	14
Cauca	6	4	4	2	9	3	1	2	25	3	18	8
Cesar	9	4	5	3	8	10	10	10	24	27	32	18
Chocó	10	7	20	13	28	35	35	20	9	12	42	28
Córdoba	7	2	1	1	12	14	7	1	32	30	23	13
Cundinamarca	8	6	0	0	9	6	0	0	57	137	54	31
Guainía	1	0	1	0	3	0	1	1	1	1	6	4
Guaviare	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4	2
Huila	4	3	0	1	4	5	3	0	19	44	15	12
La Guajira	16	11	20	16	33	27	36	26	17	2	52	28
Magdalena	6	6	1	4	9	7	12	3	15	5	25	7
Meta	4	1	1	1	5	10	6	2	18	29	39	43
Nariño	8	4	2	2	8	7	3	0	27	37	14	13
Norte de Santander	6	0	2	0	4	3	3	0	27	61	70	28
Putumayo	2	1	1	2	2	0	1	1	6	8	5	9
Quindío	1	2	0	0	2	1	0	0	9	12	9	11
Risaralda	3	4	7	2	6	15	7	1	16	12	22	8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	1	0
Santa Marta D.T.	3	2	2	1	3	2	0	1	9	19	14	11
Santander	4	0	1	1	6	2	1	0	38	38	53	19
Sucre	3	3	0	1	5	2	2	0	17	20	12	11
Tolima	5	5	1	2	6	6	1	1	22	36	21	22
Valle del Cauca	2	1	2	2	9	4	3	1	33	56	32	21
Vaupés	0	0	2	2	2	0	2	0	1	1	1	3
Vichada	3	1	2	3	4	2	8	8	2	0	7	6
Total nacional	177	109	97	73	310	261	179	95	842	2.148	1.114	717

49

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 41

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacoresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio. Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica. Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica. Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado 2026
Amazonas	17	18	0	0	50	57	2	2	536	450
Antioquia	994	1139	2	2	3080	3903	101	106	18904	16076
Arauca	141	122	0	0	117	114	2	1	1025	1131
Atlántico	288	267	1	0	397	529	17	25	2075	1990
Barranquilla D.E.	316	280	1	2	691	814	21	34	2153	2461
Bogotá D.C.	725	817	0	0	1076	1206	30	30	26369	25481
Bolívar	250	234	2	3	161	179	4	2	1985	1939
Boyacá	82	81	0	1	147	183	2	2	3564	3545
Buenaventura D.E.	113	102	0	0	140	174	5	7	296	252
Caldas	115	129	0	0	277	290	4	4	2580	2834
Santiago de Cali D.E.	392	518	0	0	1235	1252	41	41	6224	5056
Caquetá	70	71	0	0	214	238	5	9	921	798
Cartagena de Indias D.T.	297	321	1	0	359	449	5	8	1248	1564
Casanare	114	138	0	0	129	158	4	4	749	902
Cauca	150	177	0	2	249	248	3	1	2820	2838
Cesar	261	238	1	0	365	399	4	10	1683	1781
Chocó	200	169	0	0	193	208	2	2	370	461
Córdoba	247	226	3	2	233	266	5	3	2832	2913
Cundinamarca	316	378	1	0	441	542	13	14	11701	12505
Guainía	16	11	0	0	19	18	0	0	178	149
Guaviare	21	14	0	0	33	46	1	0	261	353
Huila	127	142	0	1	356	406	7	6	5059	5391
La Guajira	315	257	0	1	457	641	7	12	1158	1218
Magdalena	196	200	2	0	151	172	3	5	1148	1202
Meta	209	218	0	0	565	588	19	23	2113	2234
Nariño	181	193	1	1	152	236	5	6	3773	4192
Norte de Santander	401	356	0	0	613	768	13	14	3261	3480
Putumayo	75	71	0	1	91	107	3	2	1177	1386
Quindío	79	79	0	0	234	259	4	10	2193	2026
Risaralda	149	151	0	2	520	579	20	9	3042	2868
Archipiélago de San Andrés y Providencia	6	6	0	0	9	16	0	1	195	200
Santa Marta D.T.	105	186	0	0	226	283	3	2	563	524
Santander	357	375	0	0	913	1150	24	16	5331	5774
Sucre	166	134	1	2	86	84	1	2	1470	1458
Tolima	134	147	1	1	490	624	13	14	2689	2945
Valle del Cauca	271	330	0	0	605	852	17	20	6025	5901
Vaupés	4	5	0	0	17	26	0	0	252	380
Vichada	31	30	0	0	31	22	1	0	212	211
Total nacional	7.930	8.330	15	21	15.124	18.086	409	447	128.135	126.869



Semana epidemiológica 41

11 al 17 de octubre de 2026

TEMA CENTRAL

Comportamiento de la sífilis gestacional y la sífilis congénita en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 40 de 2021 a 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

Autora: tema central: Claudia Pérez Clavijo. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **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, Ximena Castro Martínez, Germán Torres Rodríguez, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Alejandra Margarita Muñoz, Erika Ximena Ospitia, Jorge Alberto Gamarra. **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.

51 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.41>