Salud

Instituto Nacional de Salud

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Año 21

Fuente: imagen generada mediante ChatGPT (OpenAI, 2026)

Parálisis flácida aguda

Erradicar la poliomielitis no es solo dejar de detectar casos; es demostrar, semana a semana, que se mantiene su búsqueda activa.

Semana epidemiológica 42

18 al 24 de octubre de 2026

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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**

109 AÑOS INS

Construyendo salud pública con y desde los territorios

Pág.

Tema central 3
Comportamiento epidemiológico de la parálisis flácida aguda en Colombia, a periodo epidemiológico X de 2026

Situación nacional 9

Mortalidad 11

Eventos trazadores 19

Brotes y alertas 38

Tablas de mando por departamento 43

TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de la parálisis flácida aguda en Colombia, a periodo epidemiológico X de 2026

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

La poliomielitis es una enfermedad infecciosa aguda causada por el poliovirus, un enterovirus de la especie Enterovirus C (familia *Picornaviridae*) con tres serotipos 1, 2 y 3 (1,2). Se transmite de persona a persona, principalmente por vía fecal-oral, y se multiplica en el intestino. La mayoría de las infecciones no causa síntomas, pero aproximadamente una de cada 200 produce una parálisis irreversible, por lo general, de los miembros inferiores. Entre las personas con parálisis, entre el 5,0 % y el 10,0 % mueren por la parálisis de los músculos respiratorios (1).

En el mundo, actualmente, el poliovirus salvaje circula en dos países (Afganistán y Pakistán), y los casos por poliovirus salvaje han disminuido más de 99,0 % desde 1988. También se ha logrado la erradicación de dos de los tres tipos de poliovirus salvaje (WPV por sus siglas en inglés), el último caso del tipo 2 se notificó en 1999 y su erradicación se declaró en septiembre de 2015; el caso más reciente del tipo 3 se notificó en noviembre de 2012 y su erradicación mundial se declaró en octubre de 2019 (3). Al mismo tiempo, los poliovirus derivados de la vacuna se han convertido en el principal desafío del programa. Estos surgen cuando la cepa atenuada de la vacuna oral circula durante mucho tiempo en poblaciones con bajas coberturas o se replica en personas con inmunodeficiencia, hasta recuperar la capacidad de causar parálisis y de transmitirse (4). En 2025 se notificaron 238 casos y 247 detecciones ambientales en 30 países. Ante este panorama, la Organización Mundial de la Salud (OMS) mantiene la propagación internacional del poliovirus como una emergencia de salud pública de importancia internacional, declarada en 2014 y prorrogada por última vez en agosto de 2026 (5).

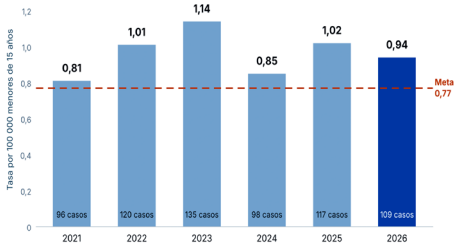
La región de las Américas fue certificada libre de poliovirus salvaje en 1994; el último caso ocurrió en Perú en 1991 (6). Sin embargo, la región no está exenta de riesgo. En 2022 se confirmó un caso paralítico por poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 en un adulto no vacunado de Nueva York, con circulación demostrada en aguas residuales. En 2023 Perú notificó un poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 en un niño indígena no vacunado de Loreto y en 2024 se detectó poliovirus derivado de la vacuna tipo 3 en aguas residuales de la Guayana Francesa (6-9).

En Colombia, el último caso de poliomielitis por poliovirus salvaje se presentó en 1991 en Arjona (Bolívar), y el país fue certificado libre de la enfermedad en 1994 (10,11). Para conservar esa certificación, el país mantiene la vigilancia de la parálisis flácida aguda (PFA) como síndrome trazador, con la notificación de todos los casos en menores de 15 años y una meta anual de al menos un caso notificado al año por cada 100 000 menores de 15 años. El desempeño se evalúa con indicadores de oportunidad en la investigación, la toma y el envío de muestras, el seguimiento a los 60 días y la clasificación final de los casos. Desde octubre de 2023, el esquema

nacional de vacunación usa solo la vacuna inactivada (VIP) (10). Además, a raíz de las alertas regionales, desde la semana epidemiológica 18 de 2023 la vigilancia se amplió a personas de 15 a 49 años mediante unidades centinela y se implementó la vigilancia de la excreción de poliovirus en pacientes con inmunodeficiencias primarias (6,8).

El país ha cumplido la meta de la tasa de notificación de PFA en menores de 15 años al cierre del periodo epidemiológico X durante los últimos 6 años. En 2026 se han notificado 109 casos, para una tasa de notificación de 0,94 casos por 100 000 menores de 15 años, es decir, 22,0 % por encima de lo esperado a la fecha. La serie 2021-2026 no muestra una tendencia sostenida, la tasa de notificación osciló entre 0,81 en 2021 y 1,14 en 2023, con un descenso en 2024 (0,85) y una recuperación en 2025 (1,02). En 2026 la tasa de notificación fue superior a las registradas en 2021 y 2024 (+16,0 % y +10,6 %), pero inferior a las de 2022, 2023 y 2025, con la mayor diferencia frente a 2023 (-17,5 %). El país conserva la sensibilidad esperada de la vigilancia de PFA, pero la notificación de 2026 es menor que la de los años de mejor desempeño (figura 1).

Figura 1. Comportamiento de la tasa de notificación de parálisis flácida aguda a periodo epidemiológico X, Colombia, 2021-2026



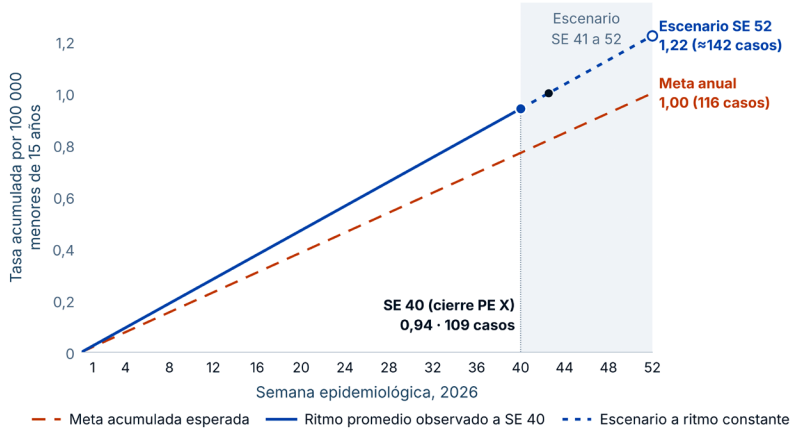
Año	Casos notificados		Tasa de notificación	
	n	Variación 2026 vs. año (%)	Por 100 000 menores de 15 años	Variación 2026 vs. año (%)
2021	96	▲ +13,5	0,81	▲ +16,0
2022	120	▼ −9,2	1,01	▼ −6,9
2023	135	▼ −19,3	1,14	▼ −17,5
2024	98	▲ +11,2	0,85	▲ +10,6
2025	117	▼ −6,8	1,02	▼ −7,8
2026	109		0,94	

Variación (%) = (valor 2026 − valor del año) / valor del año × 100. Corte a periodo epidemiológico X.
▲ 2026 mayor que el año comparado ▼ 2026 menor que el año comparado

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia. bases cerradas 610 Sivigila 2021-2025 y 2026 datos preliminares.

La figura 2 compara, por semana epidemiológica, la tasa de notificación acumulada de PFA en 2026 con la meta esperada para cada semana, calculada a partir de la meta anual de un caso por 100 000 menores de 15 años distribuida de manera uniforme en las 52 semanas epidemiológicas. Al cierre del periodo epidemiológico X (semana epidemiológica 40), el país acumula 109 casos y una tasa de notificación de 0,94 por 100 000 menores de 15 años, superior a la meta esperada para esa semana (0,77). La línea azul continua representa el ritmo promedio de notificación observado hasta la semana epidemiológica 40, de 2,7 casos por semana, mientras que la línea punteada muestra el escenario en el que ese ritmo se mantiene constante durante el resto del año. En ese escenario se alcanzaría la meta anual (116 casos) hacia la semana epidemiológica 43, y el año cerraría con una tasa cercana a 1,22 por 100 000 menores de 15 años. Este resultado debe interpretarse como un escenario de referencia y no como una proyección estadística, pues supone un ritmo de notificación constante y no considera la variación aleatoria propia de un evento con pocos casos semanales, la menor notificación habitual al final del año ni los ajustes posteriores en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).

Figura 2. Tasa de notificación acumulada de parálisis flácida aguda, por semana epidemiológica, frente a la meta esperada y escenario a ritmo constante, Colombia, 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 610 datos preliminares

La tasa de notificación de PFA se analizó según dos criterios. Por procedencia, cada caso se asigna a la entidad territorial donde reside el paciente, lo que permite evaluar la captación de casos en la población de cada territorio; por notificación, se asigna a la entidad territorial donde se encuentra la institución que notificó el caso, lo que refleja la capacidad de la red de servicios local para detectar y notificar casos. Las diferencias entre ambos criterios pueden explicarse, principalmente, por la remisión de pacientes.

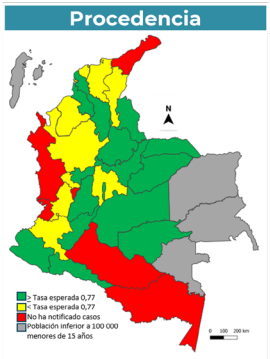
Entidades territoriales como Putumayo (3 casos por procedencia y 1 por notificación), Boyacá (4 frente a 2) y Cundinamarca (5 casos por procedencia y 2 por notificación) cumplen o se acercan a la meta por procedencia, pero sus casos se diagnostican y notifican en centros de referencia de otras entidades. Por el contrario, Cesar, Atlántico, Córdoba, Caquetá y Quindío notifican más casos de los que proceden

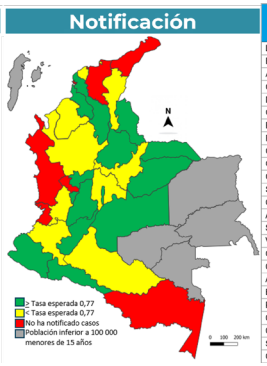
La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento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

de su territorio, posiblemente por la atención de pacientes remitidos. Magdalena, Cartagena de Indias, Barranquilla y Risaralda tienen casos por procedencia, pero sus instituciones no han notificado casos, lo que sugiere que los casos de residentes en estos territorios se están detectando en otras entidades territoriales.

La Guajira, Chocó, Buenaventura y Amazonas no registran casos por ninguno de los dos criterios pese a tener casos esperados; el comportamiento de estas entidades se configura como silencio epidemiológico. También se destaca Antioquia, que con nueve (9) casos frente a 14 esperados, con una tasa de 0,66 por 100 000 menores de 15 años, es la entidad con mayor brecha en número absoluto de casos (figura 3).

Figura 3. Tasa de notificación de parálisis flácida aguda por entidad territorial de procedencia y de notificación, Colombia, a periodo epidemiológico X de 2026





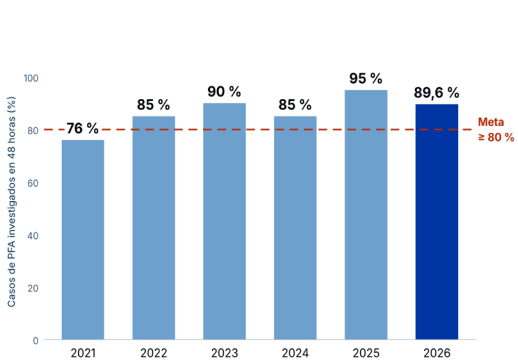
Entidad territorial	Casos esperados	Procedencia		Notificación	
		Casos notificados	Tasa observada	Casos notificados	Tasa observada
La Guajira	4	0	0,00	0	0,00
Buenaventura	1	0	0,00	0	0,00
Amazonas	1	0	0,00	0	0,00
Chocó	2	0	0,00	0	0,00
Magdalena	3	1	0,35	0	0,00
Cartagena de Indias	3	1	0,42	0	0,00
Barranquilla	3	1	0,37	0	0,00
Risaralda	2	1	0,53	0	0,00
Caquetá	1	0	0,00	1	0,87
Quindío	1	0	0,00	1	1,04
Cundinamarca	8	5	0,68	2	0,27
Santiago de Cali	4	2	0,53	1	0,27
Cauca	4	2	0,52	1	0,26
Antioquia	14	9	0,66	9	0,66
Santa Marta	2	1	0,71	1	0,71
Valle del Cauca	5	3	0,71	3	0,70
Cesar	5	1	0,24	3	0,72
Córdoba	6	3	0,57	4	0,76
Atlántico	4	2	0,53	3	0,79
Boyacá	3	4	1,51	2	0,75
Putumayo	1	3	2,94	1	0,98
Casanare	2	2	1,68	1	0,84
Caldas	2	2	1,07	2	1,07
Sucre	3	3	1,11	3	1,11
Guaviare	0	1	4,16	0	0,00

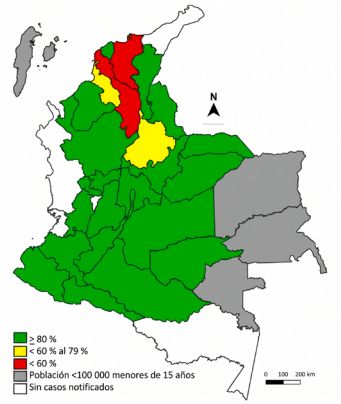
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 610, 2026 datos preliminares

Indicadores de la vigilancia epidemiológica de la parálisis flácida aguda

El indicador de investigación epidemiológica de campo oportuna corresponde al porcentaje de casos de PFA investigados dentro de las 48 horas siguientes a la notificación, la meta establecida es ≥ 80,0 %. Este es el primer paso en la respuesta ante un caso. Entre 2021 y 2026 el indicador mostró tendencia general al aumento: pasó de 76,0 % en 2021, único año por debajo de la meta, a 95,0 % en 2025, el mejor resultado de la serie. En 2026, con datos preliminares, el indicador se situó en el 89,6 %. A nivel territorial, casi todas las entidades evaluadas cumplen la meta. Los resultados inferiores a la meta se concentran en Bolívar y Magdalena, que presentan un cumplimiento inferior al 60,0 %, mientras que Sucre y Santander se ubican entre 60,0 % y 79,0 %, por lo que requieren fortalecer la capacidad de respuesta inmediata de sus equipos de vigilancia (figura 4).

Figura 4. Oportunidad de la investigación epidemiológica de campo de casos de parálisis flácida aguda dentro de las 48 horas siguientes a la notificación, por entidad territorial, Colombia, 2021 a periodo epidemiológico X de 2026



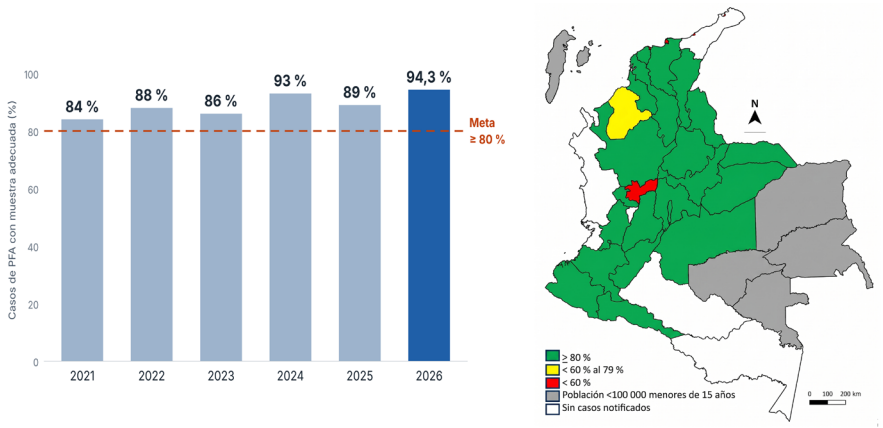


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 610, bases cerradas 2021-2025 y 2026 datos preliminares
Entidades territoriales en gris: no evaluadas. Entidades territoriales en blanco: no tienen casos notificados.

La muestra adecuada corresponde a la muestra de heces recolectada dentro de los 14 días siguientes al inicio de la parálisis, oportunidad necesaria para que el laboratorio pueda aislar el poliovirus si está presente. Este es el indicador de mejor desempeño de la vigilancia de la PFA en Colombia: superó la meta de 80,0 % en todos los años del periodo 2021-2026, con resultados entre el 84,0 % (2021) y el 93,0 % (2024). Con datos preliminares, en 2026 alcanza el 94,3 %, el resultado más alto de la serie. A nivel territorial, casi todas las entidades evaluadas cumplen la meta. Solo Córdoba se ubica entre 60,0% y 79,0 %, y Caldas que presenta un cumplimiento inferior a 60,0 %. Este desempeño permite que la gran mayoría de los casos notificados pueda descartarse por laboratorio, lo que reduce el riesgo de que se clasifiquen como compatibles con polio (figura 5).

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

Figura 5. Porcentaje de casos de parálisis flácida aguda con muestra adecuada, Colombia, 2021 a periodo epidemiológico X de 2026, y por entidad territorial de procedencia

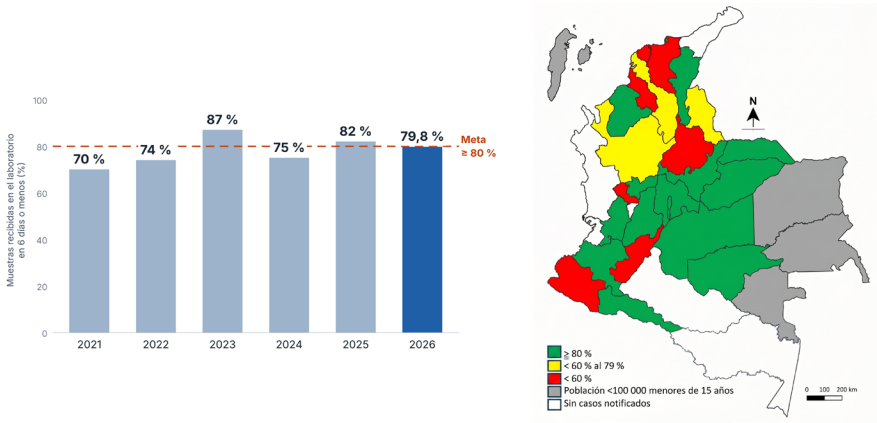


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 610, bases cerradas 2021-2025 y 2026 datos preliminares
Entidades territoriales en gris: no evaluadas. Entidades territoriales en blanco: no tienen casos notificados.

El envío oportuno de muestras, definido como el porcentaje de muestras de heces que llegan al laboratorio en un plazo máximo de seis días, presentó un comportamiento irregular entre 2021 y 2026. Solo se alcanzó la meta de 80,0 % en 2023 (87,0 %) y en 2025 (82,0 %). En 2026 el indicador se ubica en 79,8 %. A nivel territorial, la mayoría de las entidades territoriales evaluadas cumplen la meta; los resultados por debajo de 80,0 % se concentran en entidades de la región Caribe y del noroccidente, y en algunas de la región Andina y del suroccidente del país, varias de ellas con resultados inferiores a 60,0 %. Al comparar este resultado con el de la muestra adecuada (94,3 % en 2026), se observa que las muestras se recolectan de forma oportuna, pero no todas llegan al laboratorio dentro del plazo establecido, lo que señala la logística de transporte y la cadena de envío desde las entidades territoriales como un aspecto por fortalecer (figura 6).

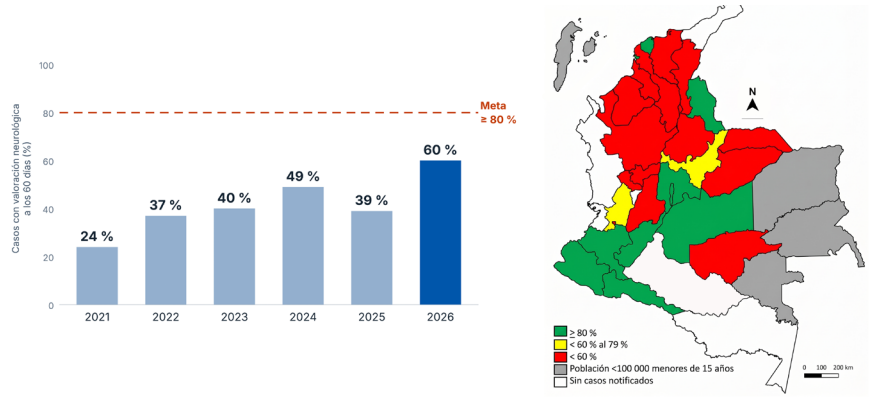
La valoración neurológica a los 60 días permite establecer si persiste parálisis residual en los casos de PFA y es necesaria para su clasificación final, en particular en los casos sin muestra adecuada de heces. Entre 2021 y 2025 el indicador mostró una tendencia al aumento, aunque irregular: pasó de 24,0 % a 49,0 % en 2024 y descendió a 39,0 % en 2025, sin alcanzar en ningún año la meta de 80,0 %. Con datos preliminares, en 2026 el indicador se ubica en 60,0 %, el valor más alto del periodo. A nivel territorial, la mayoría de las entidades de la región Caribe y del noroccidente y nororiente del país presentan un cumplimiento inferior a 60,0 %, mientras que las entidades del suroccidente y algunas del centro y del oriente alcanzan o superan la meta. Estos resultados indican que el seguimiento a los 60 días sigue siendo un indicador crítico en la vigilancia de la PFA (figura 7).

Figura 6. Porcentaje de envío oportuno de muestras por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2021 a periodo epidemiológico X de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 610, bases cerradas 2021-2025 y 2026 datos preliminares
Entidades territoriales en gris: no evaluadas. Entidades territoriales en blanco: no tienen casos notificados.

Figura 7. Porcentaje de casos con valoración neurológica a los 60 días por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2021 a periodo epidemiológico X de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 610, bases cerradas 2021-2025 y 2026 datos preliminares
Entidades territoriales en gris: no evaluadas. Entidades territoriales en blanco: no tienen casos notificados.

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

Conclusiones

Colombia cumple la meta acumulada de notificación de PFA en 2026: con corte al periodo epidemiológico X se han notificado 109 casos, para una tasa de 0,94 por cada 100 000 menores de 15 años, un 22,0 % por encima de la meta proporcional al periodo (0,77). Si se mantiene el promedio semanal de 2,7 casos notificados hasta el final del año, la tasa de notificación podría alcanzar un valor cercano a 1,2 por 100 000 menores de 15 años, superior a la meta anual de 1,0. La tasa de notificación presentó fluctuaciones durante el periodo evaluado. Entre 2021 y 2026, la tasa al mismo corte epidemiológico osciló entre 0,81 y 1,14, sin una tendencia sostenida. En 2026, la tasa fue un 7,8 % inferior a la de 2025 y un 17,5 % inferior a la de 2023, año con la tasa más alta de la serie.

El cumplimiento nacional de la tasa de notificación puede ocultar silencios epidemiológicos territoriales. Algunas entidades territoriales con una población de 100 000 o más menores de 15 años, en las que se esperaría al menos un caso de PFA al año, no han notificado casos con corte al periodo epidemiológico X de 2026. Por lo tanto, una tasa nacional adecuada no garantiza que la vigilancia sea sensible en todo el territorio.

En 2026 se cumplen las metas de investigación epidemiológica de campo oportuna (89,6 %) y de muestra adecuada (94,3 %), mientras que el envío oportuno de muestras (79,8 %) se sitúa ligeramente por debajo de la meta y la valoración neurológica a los 60 días (60 %), aunque alcanza el mejor valor de la serie, sigue siendo el indicador con la mayor brecha respecto a la meta establecida.

El riesgo de importación sigue vigente, aunque sea bajo. El poliovirus salvaje tipo 1 sigue siendo endémico en Afganistán y Pakistán.

Recomendaciones

Entidades territoriales y Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)

Fortalecer la búsqueda activa institucional (BAI) mensual en las (UPGD) de municipios silenciosos, revisando los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) con los diagnósticos que pueden corresponder a una PFA: Guillain-Barré, mielitis transversa, polineuropatías y paresias agudas. Mantener la notificación semanal negativa como prueba de que la vigilancia está activa.

Tomar la muestra de heces apenas se capta el caso. Garantizar cadena de frío y envío al laboratorio en 6 días o menos. Capacitar a pediatría, neuropediatría y urgencias en la definición de caso. Se debe tener en cuenta que los casos de Guillain-Barré en menor de 15 años también se notifican como PFA.

Revisar con las direcciones locales de salud que no cumplen el envío oportuno, las rutas de transporte de muestras hacia el laboratorio, para garantizar su llegada en seis días o menos.

Es necesario fortalecer la programación de las valoraciones neurológicas de seguimiento a 60 días desde la notificación del caso, con responsables definidos en cada entidad territorial.

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

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Poliomielitis [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [actualizado 2 abr 2025; citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis
2. Simmonds P, Gorbalenya AE, Harvala H, Hovi T, Knowles NJ, Lindberg AM, et al. Recommendations for the nomenclature of enteroviruses and rhinoviruses. Arch Virol. 2020;165(3):793-7. doi:10.1007/s00705-019-04520-6. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7024059/
3. Global Polio Eradication Initiative. History of Polio [Internet]. Ginebra: GPEI; [citado 26 oct 2026]. Disponible en: https://polioeradication.org/about-polio/history-of-polio/
4. Mohanty A, Rohilla R, Zaman K, Hada V, Dhakal S, Shah A, et al. Vaccine derived poliovirus (VDPV). Infez Med. 2023;31(2):174-85. doi:10.53854/liim-3102-5. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10241397/
5. World Health Organization. Statement of the Forty-fifth Meeting of the Polio IHR Emergency Committee [Internet]. Ginebra: WHO; 2026 ago 25 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news/item/25-08-2026-statement-of-the-forty-fifth-meeting-of-the-polio-ihr-emergency-committee
6. Instituto Nacional de Salud. Parálisis flácida aguda. Boletín Epidemiológico Semanal, semana epidemiológica 43 de 2025 [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025_Boletin_epidemiologico_semana_43.pdf
7. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Alerta epidemiológica AE 006-2023: caso de poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 en Loreto [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2023 mar 22 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://app.inr.gob.pe:444/media/html/transparencia/Epidemiologia/alertas%20epidemiologicas/2023/AE006_2023.pdf
8. Instituto Nacional de Salud. Anexo: vigilancia centinela de parálisis flácida aguda en población de 15 a 50 años [Internet]. Bogotá: INS; 2023 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Anexo_PFA_15-50_a%C3%B1os_2023.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: detección de poliovirus (cVDPV3) en aguas residuales, consideraciones para la Región de las Américas, 14 de octubre de 2024 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-detection-poliovirus-cvdpv3-wastewater-considerations-region
10. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: parálisis flácida aguda, código 610. Versión 7 [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Par%C3%A1lisis%20Fl%C3%A1cida%20Aguda.pdf
11. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento: parálisis flácida aguda, Colombia, 2023 [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/PARALISIS%20FLACIDA%20AGUDA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf

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

SITUACIÓN NACIONAL

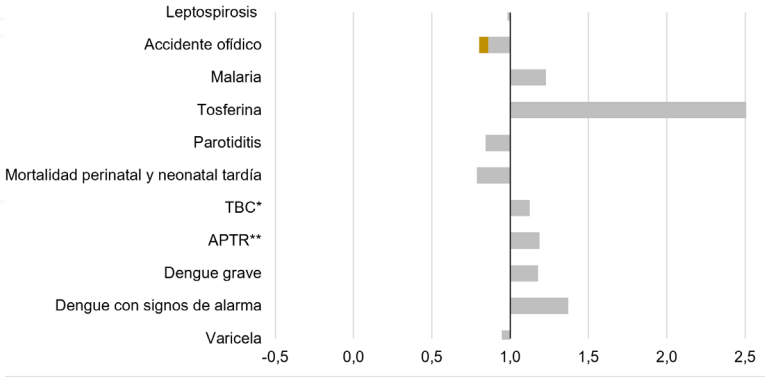
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 42 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 8).

Figura 8. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 42 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 42 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	**Observado**	**Esperado**	**z**	**p**
Violencia de género e intrafamiliar	158 847	157 173	0,45	0,65

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 42 del 2026, el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado mientras que el evento de mortalidad por dengue se encontró por encima 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 42 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	7	93	0,00
Mortalidad por dengue	7	3	0,03
Chikunguña	1	1	0,36
Zika	3	2	0,18
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,17
Leishmaniasis mucosa	0	0	0,67
Lepra	1	4	0,05

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 con respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 42 del año 2025. Para esta semana epidemiológica, el país cumplió con la meta para este nivel de información.

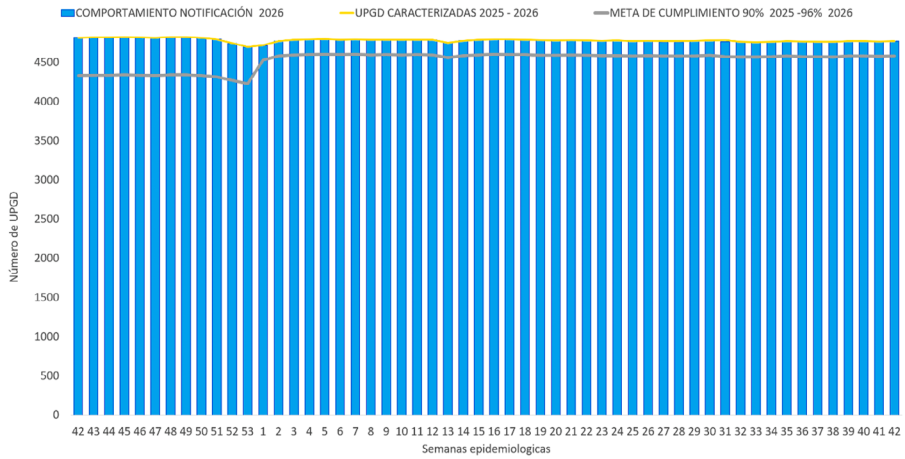
El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 123 de 1 123 UNM), manteniendo el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 42 de 2025. El país cumplió con la meta establecida para este nivel de información que es como mínimo del 98,0 %.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 100,0 % (4 767/ 4 767); observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 42 del año 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 año 2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 576 UPGD en la semana analizada (figura 9).

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

Figura 9. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 42 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 análisis[1].

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 42 del 2026, se han notificado 533 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 519 casos notificados de residentes en Colombia, 329 fueron por IRA, 106 por desnutrición (DNT) aguda y 84 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 209 fueron confirmados, 88 descartados y 222 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 42 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 42 2026			Casos en estudio a SE 42 2026			Tasa a SE 42 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	**56**	**114**	**39**	**41**	**148**	**33**	**1,54**	**3,13**	**1,07**
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	6	10	1	2	18	4	1,43	2,39	0,24
Arauca	0	0	1	0	2	0	0,00	0,00	4,30
Atlántico	0	3	0	0	0	0	0,00	2,54	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
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	0	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	2	1	2	1	1	0,00	1,64	0,82
Cesar	8	7	2	3	3	0	5,97	5,22	1,49
Chocó	14	13	8	7	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
Huila	0	2	1	0	3	0	0,00	1,89	0,95
La Guajira	14	9	7	12	19	9	12,55	8,06	6,27
Magdalena	1	3	3	2	5	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	3	2	1	12	0	0,00	5,09	3,39
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	1	1	2	1	0,00	1,55	0,77
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 42 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 42 del 2026 se han notificado 329 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 66 confirmadas por laboratorio, 48 confirmadas por clínica, 67 descartadas, y 148 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,13 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 42 fueron 245, para una tasa de mortalidad de 6,64 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 42 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, 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, Pereira y Mitú. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 42 de 2026 son *Rhinovirus*, enterovirus y *Bordetella pertussis*, 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 42, 2025–2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Rhinovirus	13	2	7	1	0	23	13	4	3	2	2	24
Enterovirus	13	1	4	1	0	19	6	3	2	2	2	15
Bordetella pertussis	12	0	0	0	0	12	14	1	0	0	0	15
Adenovirus	7	0	2	1	1	11	3	3	1	3	1	11
Streptococcus pneumoniae	6	2	2	1	0	11	4	2	1	1	2	10
Staphylococcus aureus	8	1	1	0	0	10	8	1	1	0	0	10
Virus sincitial respiratorio	14	2	3	0	0	19	8	0	0	0	0	8
Haemophilus influenzae B	9	4	0	1	0	14	4	2	0	1	1	8
Metapneumovirus	3	0	0	0	0	3	2	1	3	0	0	6
Pseudomona aeruginosa	2	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	4
Moraxella catarrhalis	4	3	1	0	0	8	2	1	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
Parainfluenza tipo 3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Klebsiella pneumoniae	2	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Influenza A	7	0	2	1	0	10	0	0	0	0	1	1
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Mycoplasma pneumoniae	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	112	20	23	7	1	163	71	18	12	10	11	122

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 42 de 2026 se han notificado 106 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 56 confirmadas, nueve (9) descartadas y 41 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,54 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 42 fue de 139, para una tasa de mortalidad de 3,77 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 42 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

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

Quibdó, Medio Baudó, 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 42 de 2026 se han notificado 84 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 36 confirmadas por clínica, tres (3) confirmadas por laboratorio, 12 descartadas y 33 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,07 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 42 fue de 67 para una tasa de mortalidad de 1,82 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 42 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 definiciones[1]:

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 temprana[2].

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 42 de 2026 se notificaron al Sivigila 10 casos: seis (6) muertes maternas tempranas, una (1) muerte materna tardía y tres (3) muertes maternas coincidentes. El país acumula 120 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 115 residen en territorio colombiano y cinco (5) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

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

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	195	124	64	383
2024	164	106	37	307
2025	151	121	45	317
2026p	115	100	43	258

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 y Cundinamarca. 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, Nariño, Norte de Santander y Santander; sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 6).

Al realizar el análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Tauramena (Casanare), Almaguer (Cauca), Vergara (Cundinamarca) 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 42 de 2026, el 58,3 % corresponde a causas directas y el 29,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,1 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 42	Acumulado de casos a SE 42	
		2025	2026
Colombia	**181**	**151**	**115**
Bogotá, D.C-	16	15	14
Antioquia	15	13	12
La Guajira	17	15	11
Chocó	10	6	8
Cundinamarca	8	7	8
Cauca	6	1	6
Magdalena	6	4	6
Tolima	5	4	5
Cartagena de Indias	5	1	4
Cesar	10	13	4
Nariño	9	8	4
Risaralda	3	3	4
Caquetá	2	1	3
Casanare	2	4	3
Huila	4	2	3
Sucre	3	1	3
Boyacá	4	2	2
Buenaventura	2	1	2
Córdoba	8	5	2
Quindío	1	1	2
Santa Marta	3	2	2
Atlántico	6	6	1
Bolívar	6	5	1
Santiago de Cali	5	5	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	5	0
Caldas	1	0	0
Guainía	1	3	0
Norte de Santander	6	8	0
Santander	4	5	0

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

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

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 42 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 42	Valor observado SE 42
Colombia	151	115
Tauramena (Casanare)	0	1*
Almaguer (Cauca)	0	1*
Vergara (Cundinamarca)	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 42 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 42	Número de casos y proporción a SE 42 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	**158**	**164**	**100**	**151**	**100**	**115**	**100**
DIRECTA	**100**	**107**	**65,2**	**92**	**60,9**	**67**	**58,3**
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	32	33	20,1	31	20,5	22	19,1
Hemorragia obstétrica	28	32	19,5	24	15,9	15	13,0
Evento tromboembólico como causa básica	10	10	6,1	10	6,6	9	7,8
Sepsis obstétrica	8	8	4,9	8	5,3	7	6,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	7	6	3,7	7	4,6	5	4,3
Embarazo ectópico	8	8	4,9	7	4,6	3	2,6
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	0,6	0	0,0	2	1,7
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,4	3	2,0	1	0,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,8	2	1,3	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	55	54	32,9	56	37,1	34	29,6
Otras causas indirectas	20	22	13,4	18	11,9	19	16,5
Otras causas indirectas: neumonía	12	6	3,7	17	11,3	8	7,0
Sepsis no obstétrica	9	8	4,9	9	6,0	3	2,6
Otras causas indirectas: cáncer	7	8	4,9	6	4,0	3	2,6
Otras causas indirectas: dengue	2	4	2,4	0	0,0	1	0,9
Otras causas indirectas: malaria	2	0	0,0	3	2,0	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	4	2,4	2	1,3	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,6	1	0,7	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**	**2**	**1,3**	**14**	**12,2**

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a la ocurrida en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a la ocurrida después de los siete días hasta el día 28 de vida[1]. 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 perinatal[2].

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

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

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

A semana epidemiológica 42 del 2026 se han notificado 4 969 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 922 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 42 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Putumayo, Guaviare y Vaupés (tabla 9).

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

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), Madrid (Cundinamarca), Dosquebradas (Risaralda), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), Segovia (Antioquia) Alto Baudó (Chocó), La Estrella (Antioquia), Puerto López (Meta), Calamar (Bolívar), Maní (Casanare), Guamo (Tolima), Peñol (Antioquia), El Litoral del San Juan (Chocó), Roberto Payán (Nariño), Giraldo (Antioquia), Paipa (Boyacá), Bahía Solano (Chocó), Tolú Viejo (Sucre), La Tola (Nariño), San Sebastián (Cauca) Juradó (Chocó), Tesalia (Huila), 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 26,0 %, seguido de prematuridad e inmaturidad con el 17,7 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 14,8 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 42 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 42 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 42	Acumulado de casos a SE 42	
		2025	2026
Colombia	**6 000**	**4 584**	**4 922**
Antioquia	681	540	629
Bogotá, D.C.	640	532	595
Cundinamarca	329	294	289
La Guajira	321	213	239
Santiago de Cali	241	220	213
Córdoba	306	206	204
Cesar	214	166	175
Cauca	195	140	166
Barranquilla	218	144	162
Bolívar	179	133	157
Santander	182	130	144
Valle del Cauca	166	135	137
Nariño	160	152	135
Norte de Santander	180	122	135
Huila	141	107	128
Cartagena de Indias	193	134	125
Chocó	147	93	121
Meta	146	133	119
Sucre	145	85	117
Atlántico	186	107	107
Magdalena	147	111	104
Boyacá	109	90	91
Tolima	125	86	86
Risaralda	84	63	81
Santa Marta	75	52	80
Caldas	75	61	63
Quindío	46	34	45
Buenaventura	63	62	42
Arauca	49	30	41
Caquetá	51	40	40
Casanare	60	49	39
Vichada	31	27	36
Putumayo	48	32	26
Guainía	15	13	16
Amazonas	15	16	14
Guaviare	12	12	7
San Andrés y Providencia	11	9	7
Vaupés	12	11	7

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

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

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 42 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 42 2021 - 2025	Valor observado a SE 42 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	**6 000**	**4 922**	-
Riohacha (La Guajira)	68	75	7
Manaure (La Guajira)	28	45	25
Cumaribo (Vichada)	19	27	24
Madrid (Cundinamarca)	18	23	6
Dosquebradas (Risaralda)	17	22	33
Tunja (Boyacá)	14	21	39
Granada (Meta)	8	16	38
Segovia (Antioquia)	8	14	8
Alto Baudó (Chocó)	5	12	29
La Estrella (Antioquia)	5	10	27
Puerto López (Meta)	3	8	16
Calamar (Bolívar)	3	7	9
Maní (Casanare)	2	7	9
Guamo (Tolima)	2	7	18
Peñol (Antioquia)	2	6	25
El Litoral del San Juan (Chocó)	3	6	13
Roberto Payán (Nariño)	2	6	20
Giraldo (Antioquia)	1	5	18
Paipa (Boyacá)	2	5	25
Bahía Solano (Chocó)	2	5	29
Tolú Viejo (Sucre)	2	5	22
La Tola (Nariño)	1	4	20
San Sebastián (Cauca)	1	3	6
Juradó (Chocó)	0	3	11
Tesalia (Huila)	1	3	26
Paz de Río (Boyacá)	0	2	17
Marulanda (Caldas)	0	2	27
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	19
Salento (Quindío)	0	2	30

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 42, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 42, 2024 -2026					
	2024 a SE 42	(%)	2025 a SE 42	(%)	2026 a SE 42	(%)
Colombia	**4 821**	**100,0**	**4 584**	**100,0**	**4 922**	**100,0**
Asfixia y causas relacionadas	1 261	26,2	1 271	27,7	1 278	26,0
Prematuridad-inmaturidad	796	16,5	804	17,5	871	17,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	721	15,0	695	15,2	728	14,8
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	544	11,3	475	10,4	454	9,2
Infecciones	424	8,8	404	8,8	404	8,2
Malformación congénita	444	9,2	384	8,4	391	7,9
Otras causas de muerte	319	6,6	277	6,0	299	6,1
Sin información	0	0,0	0	0,0	184	3,7
Causas no específicas	122	2,5	78	1,7	153	3,1
Trastornos cardiovasculares	142	2,9	146	3,2	108	2,2
Convulsiones y trastornos neurológicos	25	0,5	22	0,5	32	0,7
Lesión de causa externa	23	0,5	28	0,6	20	0,4

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

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

EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 42 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 J22[1].

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 de evento vigilancia centinela código 345.

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 39 a 42 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 35 a 38 de 2026), sin superar el umbral definido para variaciones relevantes (±30 %) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2026 y 39 a 42 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 35 a 38 de 2026	SE 39 a 42 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	492 479	478 265	-2,89%	
Hospitalización en sala general	19 539	18 966	-2,93%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 599	2 541	-2,23%	

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 42 del 2026 se notificaron 125 602 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, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Chocó, Guainía, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda y Vichada presentaron una disminución. Las 21 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 42 del 2026

Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	79 698	76 222	7 496	9 072
La Guajira	Maicao	57 769	69 483	4 524	7 134
Cundinamarca	Soacha	68 282	55 108	5 132	5 595
Antioquia	Itagüí	68 156	59 518	5 555	5 410
La Guajira	Uribia	41 502	45 415	3 494	4 811
Antioquia	Bello	50 869	53 243	4 934	4 496
Cundinamarca	Chía	48 424	38 880	4 309	3 791
Antioquia	Rionegro	29 938	37 639	2 241	2 570
Cundinamarca	Zipaquirá	19 716	18 736	1 693	1 968
Santander	Floridablanca	28 407	21 330	1 832	1 877
Risaralda	Dosquebradas	24 844	19 221	1 752	1 716
Valle del Cauca	Palmira	22 895	17 504	1 988	1 515
Antioquia	Envigado	21 351	20 425	1 872	1 421
Santander	Barrancabermeja	25 986	21 633	1 531	1 389
Córdoba	Cereté	15 945	16 678	966	1 364
Magdalena	Ciénaga	19 520	16 300	1 699	1 358
Boyacá	Sogamoso	18 049	13 863	1 321	1 289
Córdoba	Lorica	13 345	13 639	1 183	1 271
Boyacá	Duitama	18 646	14 630	1 945	1 245
Bolívar	Magangué	19 313	14 889	1 393	1 149
Cundinamarca	Madrid	12 164	13 001	1 147	1 144
Antioquia	Apartadó	14 894	16 366	1 232	1 088
Cundinamarca	Facatativá	14 892	11 113	1 468	1 081
Cundinamarca	Girardot	17 135	12 462	1 338	1 064
Cundinamarca	Funza	13 885	12 208	877	987
Norte de Santander	Ocaña	14 601	11 083	1 041	877
Casanare	Yopal	12 654	10 569	1 080	870
Valle del Cauca	Cartago	14 265	10 052	1 050	795
Antioquia	Turbo	12 648	11 400	1 001	741
Huila	Pitalito	11 193	7 928	889	714
Cesar	Aguachica	10 095	9 051	845	690
Atlántico	Malambo	6 533	6 136	480	689
Valle del Cauca	Tuluá	10 775	9 502	898	678
Valle del Cauca	Yumbo	11 999	9 176	1 001	671
Córdoba	Sahagún	21 085	7 594	2 062	636
Valle del Cauca	Buenaventura	6 135	8 361	784	623
Cundinamarca	Mosquera	6 522	5 280	397	569
Santander	Piedecuesta	8 870	7 715	401	552
Santander	Girón	7 141	6 281	448	550
Cauca	Santander de Quilichao	9 334	6 976	876	479
Norte de Santander	Villa del Rosario	5 306	4 667	438	327
Cauca	Guapi	4 176	2 932	232	196
Nariño	La Florida	636	514	32	41

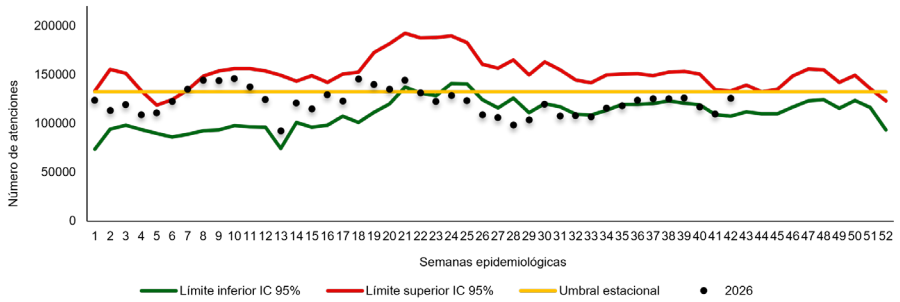
*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (39 a 42 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 27,4 % (131 238) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,1 % (91 367). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en los niños de 1 año con el 10,9 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 10,3 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11 con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguida de un nuevo incremento entre las semanas epidemiológicas 18 y 21, manteniéndose dentro de los límites esperados. Desde la semana epidemiológica 22 se observó una tendencia descendente en las atenciones, con valores que se mantuvieron cercanos al límite inferior hasta la semana 41, sin embargo, para la semana epidemiológica 42 se observó un incremento ubicándose debajo del umbral estacional (figura 10).

Figura 10. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 de 2026



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

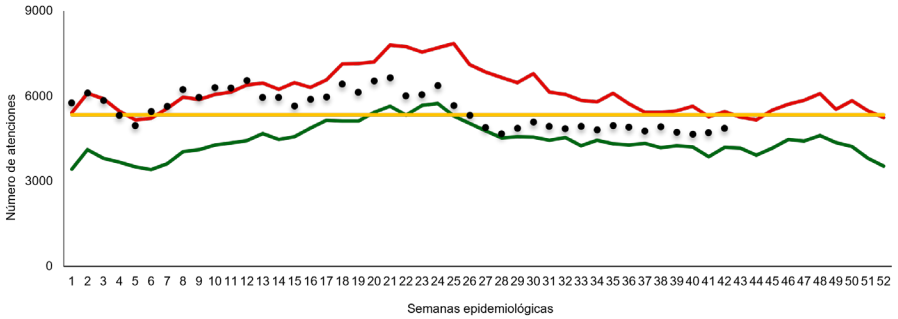
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 42 del 2026 se notificaron 4 865 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 (39 a 42 de 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 111) representaron el 26,9 %, seguido del grupo de menor de 1 año con el 15,7 % (2 978). 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 24,5 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 20,3 %.

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 y 24 se observó una tendencia descendente; sin embargo, las hospitalizaciones permanecieron 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 42 (figura 11).

Figura 11. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 de 2026



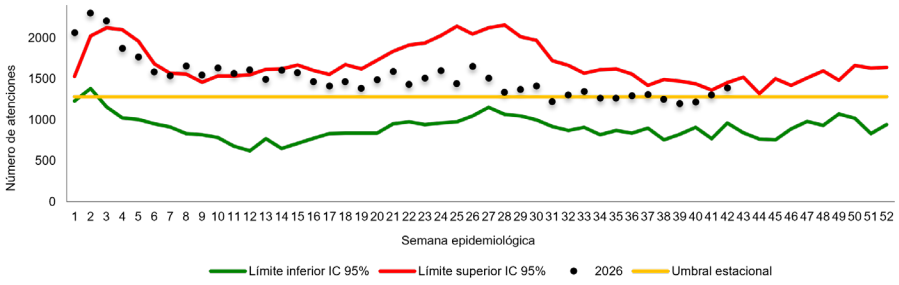
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 42 del 2026, se notificaron 1 391 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 07 a 12 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, presentaron un descenso entre las semanas epidemiológicas 13 a 40 de 2026, con una tendencia de aumento desde semana 41 y 42 acercándose al límite superior (figura 12).

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

Figura 12. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 de 2026



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

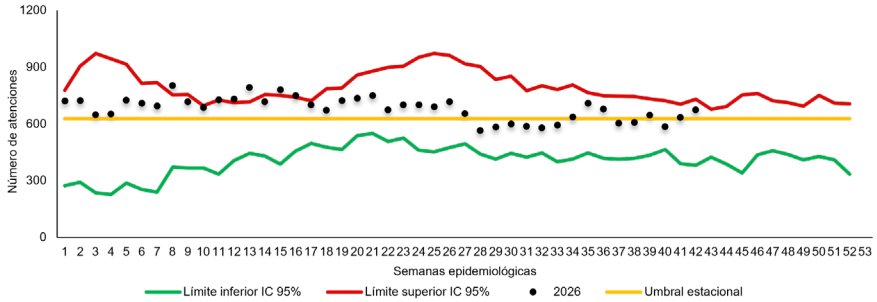
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 42 del 2026 se notificaron 675 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, Santiago de Cali, Cesar, Meta, Risaralda y Santa Marta. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (39 a 42 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 37,9 % (965), seguido de los menores de 1 año con el 20,9 % (533) 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 17,6 % seguido de los niños de 1 año con el 17,3 %.

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 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 34 a 36 volvieron a superarlo de forma transitoria y desde la semana 37 hasta la 42 se han ubicado alrededor del umbral estacional (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 de 2026

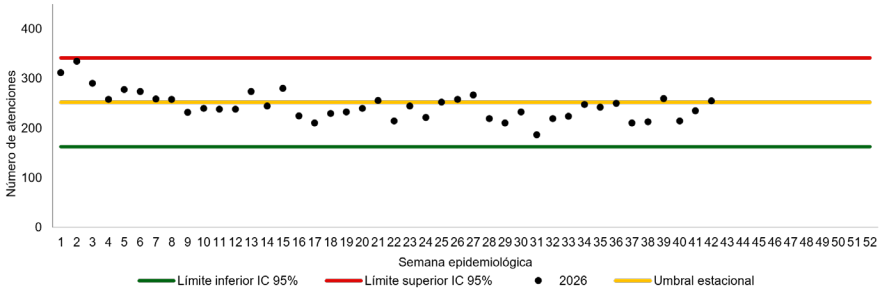


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 42 del 2026, se notificaron 255 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 42 se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 14).

Figura 14. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 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.

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

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

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

A semana 40 de 2026 la actividad de influenza en la región de las Américas fue baja en América del Norte, América Central y Brasil y el Cono Sur, con positividades entre el 7,0 % y el 9,0 %. En América del Norte y en Brasil y el Cono Sur la tendencia fue al descenso y en América Central al incremento. La actividad fue alta en el Caribe y en la subregión Andina. En el Caribe la tendencia fue creciente, la positividad se mantuvo cerca del 20,0 %, la más alta de la región. En la subregión Andina la actividad se mantuvo constante, con una positividad cercana al 10,0 % y el mayor número de muestras positivas de las últimas semanas. Respecto al virus sincitial respiratorio (VSR), en la semana epidemiológica 41 de 2026 América Central y Brasil y el Cono Sur presentaron actividad alta. En América Central la tendencia fue constante, con una positividad cercana al 19,0 %, inferior al pico de alrededor del 28,0 % registrado en la semana epidemiológica 37. En Brasil y el Cono Sur la tendencia fue al descenso, con una positividad cercana al 7,0 %, al final de una temporada que alcanzó su máximo hacia la semana epidemiológica 32. Las demás subregiones mostraron actividad baja. América del Norte tuvo tendencia al incremento. La subregión Andina se mantuvo constante, con una positividad cercana al 5,0 %. El Caribe no mostró una tendencia definida, aunque su positividad subió de forma gradual hasta cerca del 8,0 %. En relación con SARS-CoV-2, en la semana epidemiológica 41 de 2026 América del Norte mantuvo actividad alta con tendencia constante, y el Caribe actividad alta en descenso. América Central presentó niveles bajos en descenso, la subregión Andina niveles bajos constantes, y Brasil y el Cono Sur niveles bajos sin tendencia definida. Entre otros virus respiratorios (OVR), 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 39 a 42 de 2026, la circulación viral se caracterizó por una mayor proporción de detección de rinovirus, adenovirus e influenza B, seguidos por VSR y enterovirus y parainfluenza. Al comparar con el periodo anterior (semana epidemiológica 35 a 38), la positividad general disminuyó de 45,8 % a 37,9 %; el VSR (de 21,9 % a 15,9 %) y la influenza A (de 9,4 % a 2,2 %) presentaron una disminución estadísticamente significativa. Parainfluenza, otros coronavirus, adenovirus e influenza B mostraron aumentos que no alcanzaron significancia estadística, y los demás agentes virales se mantuvieron estables. Por grupo de edad, en menores de cinco años los agentes con mayor proporción de detección fueron rinovirus, adenovirus, VSR y parainfluenza; en mayores de 60 años fueron rinovirus, enterovirus, influenza B, adenovirus e influenza A. Ante este escenario, 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 de influenza B y otros virus respiratorios, dada la posibilidad de una mayor demanda de atención en los servicios de salud (tabla 14).

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 35 a 42 de 2026

Agente viral identificado	SE 35 a 38 de 2026			SE 39 a 42 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	**45,8**	**52,1**	**37,2**	**37,9**	**39,7**	**26,5**	↘
Rinovirus	31,3	27,6	13,8	29,1	31,1	27,8	
Virus sincitial respiratorio	21,9	29,9	17,2	15,9	21,7	11,1	↘
Enterovirus	16,1	17,2	10,3	15,9	1,6	22,2	
Adenovirus	20,1	25,4	6,9	23.08	25,5	16,7	
Influenza B	15,2	3,7	10,3	17,0	9,4	22,2	
Influenza A	9,4	3,7	17,2	2,2	2,8	14,3	↘
Parainfluenza	10,7	13,4	3,5	13,7	19,8	-	
Metapneumovirus	1,8	1,5	3,5	1,7	0,9	-	
A(H1N1)pdm09	-	-	-	0,6	0,9	-	
SARS-CoV-2	3,1	3,0	17,2	1,1	-	5,6	
A(H3N2)	10,7	6,7	17,2	7,1	8,5	-	
Coronavirus	4,9	6,0	6,9	8,8	8,5	5,6	

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*

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

COVID-19

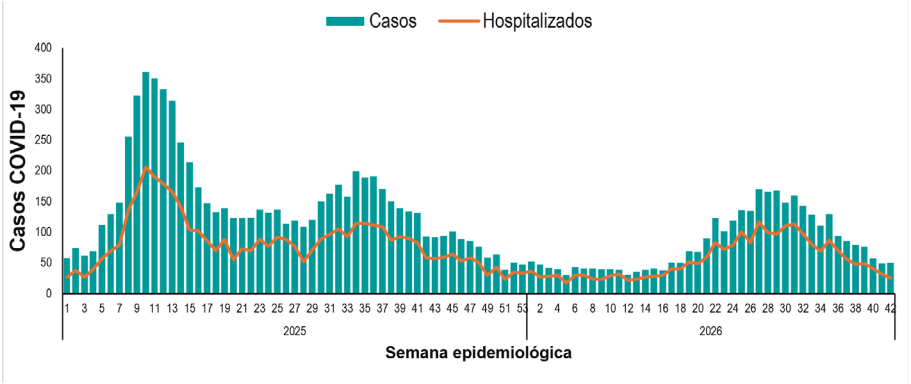
Situación de COVID-19 en Colombia hasta la semana epidemiológica 42 de 2026

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 42 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 42), con corte al 24 de octubre y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 3 441 casos de COVID-19, de los cuales 3 435 son procedentes de Colombia y seis (6) casos de procedencia exterior. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (semanas epidemiológicas 39 a 42) se registraron 236 casos, todos de procedencia nacional, lo que representa una disminución del 39,9 % frente al período anterior (semanas epidemiológicas 35 a 38), cuando se reportaron 393 casos. Respecto a la hospitalización, se notificaron 147 casos hospitalizados, una disminución del 43,7 % frente a los 261 registrados en el período anterior. En el mismo período de 2025 (semanas epidemiológicas 39 a 42), se notificaron 501 casos, por lo que en 2026 se observa una disminución del 52,9 % respecto al año anterior (figura 15).

Figura 15. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 42 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 42 de 2026

Durante el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 39 a 42 de 2026) se registró una incidencia de 0,5 casos por cada 100 000 habitantes (236 casos confirmados de procedencia Colombia), con afectación en 27 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 82 municipios del país.

En comparación con el período anterior (semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 a nivel departamental en Arauca y a nivel municipal en La Ceja (Antioquia), Arauca (Arauca), Florencia (Caquetá) y Jamundí (Valle del Cauca).

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 (-71,4 %), 10 a 19 años (-55,6 %), menor de un año (-48,2 %), 2 a 4 años (-43,8 %), 70 a 79 años (-43,5 %), 20 a 29 años (-42,9 %), 1 año (-31,4 %), 50 a 59 años (-31,3 %), 60 a 69 años (-22,7 %) y 30 a 39 años (-4,3 %). Por el contrario, los grupos de 40 a 49 años y de 80 a 89 años presentaron incrementos del 28,6 % y 9,1 %, respectivamente, pasando de 14 a 18 casos y de 11 a 12 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).

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

Tabla 15. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas 35 a 42 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 35 a 38 2026	SE 39 a 42 2026		
Menor de un año	110	57	-48,2	
1 año	35	24	-31,4	
2 a 4 años	48	27	-43,8	
5 a 9 años	35	10	-71,4	
10 a 19 años	27	12	-55,6	
20 a 29 años	21	12	-42,9	
30 a 39 años	23	22	-4,3	
40 a 49 años	14	18	28,6	
50 a 59 años	16	11	-31,3	
60 a 69 años	22	17	-22,7	
70 a 79 años	23	13	-43,5	
80 a 89 años	11	12	9,1	
90 a 99 años	8	1	-87,5	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	393	236	-39,9	

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 35 a 42 de 2026
PE: periodo epidemiológico, SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia 31 fallecimientos asociados a COVID-19. De estos, once 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 Quindío (Armenia y La Tebaida). Los 11 fallecimientos restantes se notificaron de manera individual en los municipios de Peñol y Rionegro (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), La Calera (Cundinamarca), Campoalegre (Huila), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena) y Pore (Casanare).

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 42 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 evento[1]:

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

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

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

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

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

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

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 42 del 2026 se notificaron 3 743 casos de dengue: 2 799 casos de esta semana y 944 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 94 618 casos, 57 405 (60,7 %) sin signos de alarma, 36 278 (38,3 %) con signos de alarma y 935 (1,0 %) de dengue grave.

El 66,6 % (62 986) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Bolívar, Santander, Cesar, Norte de Santander, Magdalena, Atlántico, Antioquia, Casanare y Cartagena de Indias (tabla 16). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 38 a 41 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Bolívar, Santander, Meta, Norte de Santander, Magdalena, Tolima, Atlántico, Sucre, Antioquia y Valle del Cauca concentran el 67,7 % (8 066 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 38 a 41 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 34 a 37, 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Barranquilla, Bolívar, Buenaventura, Caldas, Cartagena de Indias, Cauca, Cundinamarca, La Guajira, Guaviare, Huila, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santa Marta, Santander, Sucre 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 42 de 2026

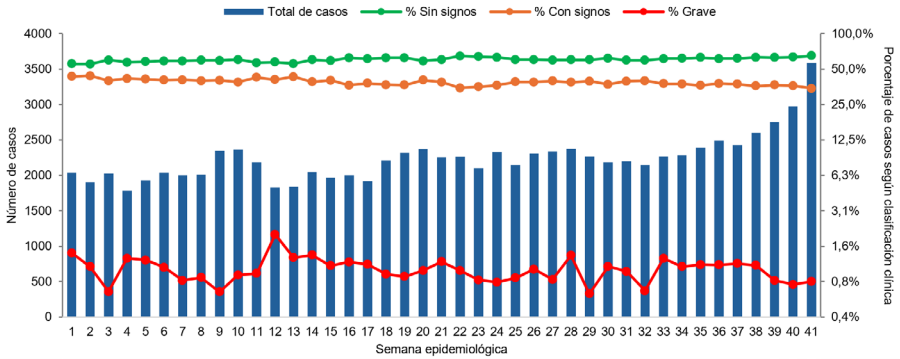
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 34 - 37 2026)	Observado (SE 38-41 2026)
Meta	13 904	29,9	0,9	1 149	980
Bolívar	9 184	40,8	1,3	1 079	1 576
Santander	7 134	39,0	0,7	901	1 190
Cesar	6 574	55,5	0,7	342	381
Norte de Santander	5 906	36,3	1,3	722	709
Magdalena	5 699	49,0	0,6	542	677
Atlántico	3 756	43,2	0,7	550	610
Antioquia	3 726	35,1	1,0	461	566
Casanare	3 596	29,9	0,6	292	247
Cartagena de Indias	3 507	18,7	1,0	254	415
Tolima	3 221	33,1	1,2	416	662
La Guajira	3 158	53,8	1,7	44	60
Córdoba	3 014	44,4	0,4	274	287
Barranquilla	2 895	45,5	0,9	240	328
Arauca	2 610	30,5	1,1	317	301
Sucre	2 331	44,7	0,7	373	575
Valle del Cauca	2 156	34,0	1,2	429	521
Santa Marta	2 109	44,5	0,3	41	61
Cundinamarca	1 949	38,6	1,1	255	480
Santiago de Cali	1 106	38,1	0,9	111	129
Chocó	1 097	21,7	0,5	186	150
Huila	1 060	40,2	4,8	93	134
Amazonas	842	14,0	0,4	109	122
Nariño	684	39,6	0,7	52	75
Guaviare	647	28,4	0,5	55	175
Caquetá	433	52,4	2,8	19	20
Quindío	399	24,1	3,5	63	101
Putumayo	393	28,5	1,5	36	75
Boyacá	266	44,7	1,5	29	31
Cauca	229	34,5	3,5	30	48
Risaralda	223	40,4	0,9	21	66
Exterior	196	40,3	3,1	22	37
Buenaventura	174	36,8	1,1	25	39
Caldas	171	41,5	0,0	12	25
Vichada	131	27,5	0,8	24	27
Vaupés	89	7,9	0,0	18	19
Archipiélago de San Andrés	39	35,9	2,6	7	10
Guainía	10	30,0	0,0	3	1
Total	**94 618**	**38,3**	**1,0**	**9 596**	**11 919**

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

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

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39,0 % a nivel nacional (figura 16); sin embargo, las entidades territoriales que registraron 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 38 a 41 de 2026) fueron: Boyacá, Caquetá, Córdoba y La Guajira.

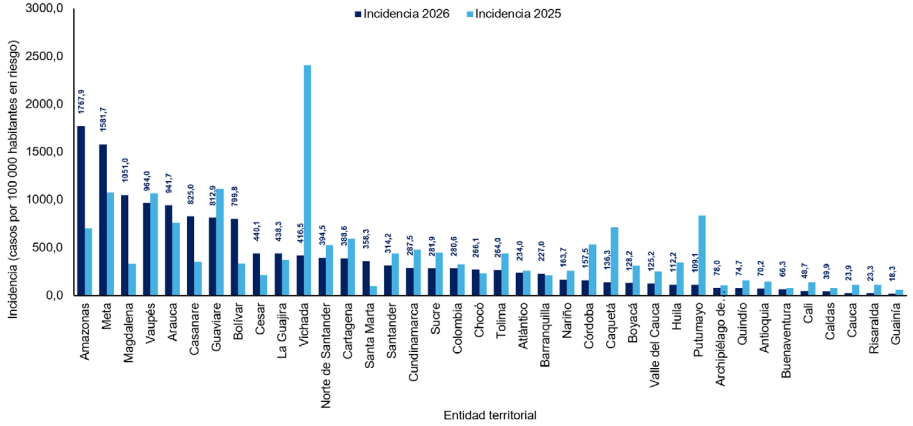
Figura 16. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2026



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

A semana epidemiológica 42 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 280,6 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 325,7 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, Arauca, Casanare y Guaviare presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 42 del 2026 registrando tasas superiores a 800 casos por 100 000 habitantes (figura 17). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 572,9 casos por 100 000 habitantes.

Figura 17. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 42 de 2025 y 2026



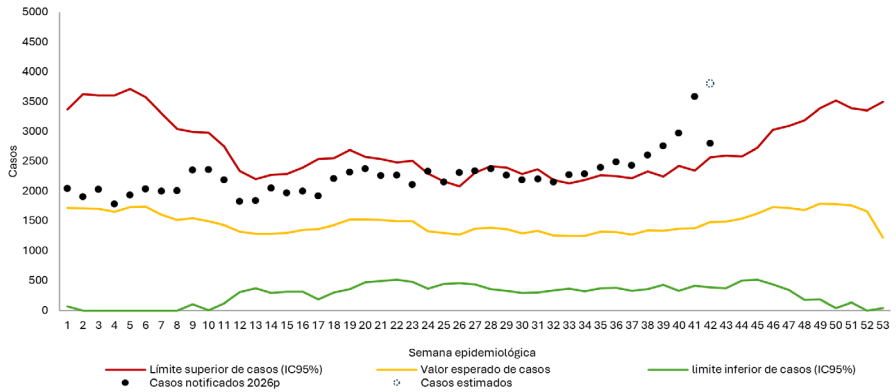
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 42 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 24,1 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 38 a 41 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 34 a 37 de 2026) (figura 18). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 41), se observa una reducción del 13,0 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 108 724 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 18,9 % (7) está dentro de lo esperado, el 21,6 % (8) se encuentra en situación de alerta y el 59,5 % (22) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

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

Figura 18. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 42 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 42 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 42, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Casanare, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Vaupés y Vichada
Alerta	Barranquilla, Buenaventura, Cartagena de Indias, Cauca, Huila, Nariño, Tolima, Valle del Cauca
Dentro de lo esperado	Archipiélago de San Andrés y Providencia, Caquetá, 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 42 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 23,9 % (197) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 35,1 % (20/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 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 42 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		(SE 34-37 2026)	(SE 38-41 2026)
Antioquia	Medellín	19,2	501	73	71
	Bello	8,3	46	8	7
	Envigado	22,7	55	7	12
	Itagüí	15,3	42	9	9
Atlántico	Sabanalarga	227,1	234	15	41
Bolívar	Magangué	725,8	1 043	190	294
Córdoba	Cereté	314,5	346	31	56
Cundinamarca	Fusagasugá	38,7	64	6	22
Chocó	Quibdó	212,2	282	80	46
Meta	Villavicencio	1914,5	9 762	743	573
Norte de Santander	Ocaña	407,1	483	85	113
Risaralda	Pereira	25,3	123	11	42
	Dosquebradas	28,5	62	8	14
Santander	Bucaramanga	443,2	2 743	386	554
	Floridablanca	295,1	926	105	160
	Girón	373,4	654	80	112
Tolima	Ibagué	243,8	1 326	208	351
Valle del Cauca	Cartago	544,5	757	215	274
Arauca	Arauca	342,7	344	39	20
Casanare	Yopal	500,8	904	127	115

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

A semana epidemiológica 42 del 2026, se han notificado 235 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 64 casos, se han descartado 133 casos y se encuentran en estudio 38 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 104 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,10 %) (tabla 19).

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

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 42, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 42, 2026	Letalidad por dengue a SE 42, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	4	0	0.38	0.32
Boyacá	1	1	0.38	0.00
La Guajira	10	1	0.32	0.04
Atlántico	5	2	0.13	0.05
Magdalena	7	0	0.12	0.17
Santa Marta	2	0	0.09	0.18
Valle del Cauca	2	4	0.09	0.00
Meta	12	7	0.09	0.11
Sucre	2	0	0.09	0.09
Antioquia	3	1	0.08	0.12
Bolívar	5	5	0.05	0.11
Cundinamarca	1	2	0.05	0.06
Norte de Santander	3	0	0.05	0.08
Cesar	3	0	0.05	0.03
Barranquilla	1	1	0.03	0.14
Tolima	1	4	0.03	0.04
Casanare	1	2	0.03	0.00
Santander	1	1	0.01	0.09
Cauca	0	3	0.00	0.29
Putumayo	0	2	0.00	0.17
Arauca	0	1	0.00	0.08
Colombia	64	37	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 42 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° C) actual o reciente (hasta de dos semanas o 15 días previos a la consulta), procedente de área o región endémica de malaria en los últimos 15 días, cuya enfermedad se confirme por la identificación de especies de *Plasmodium spp*, mediante algún examen parasitológico como: (gota gruesa), pruebas rápidas de detección de antígeno parasitario (PDR), o en situaciones especiales, técnica molecular (PCR)[1].

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	>3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600 ms. n. m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

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

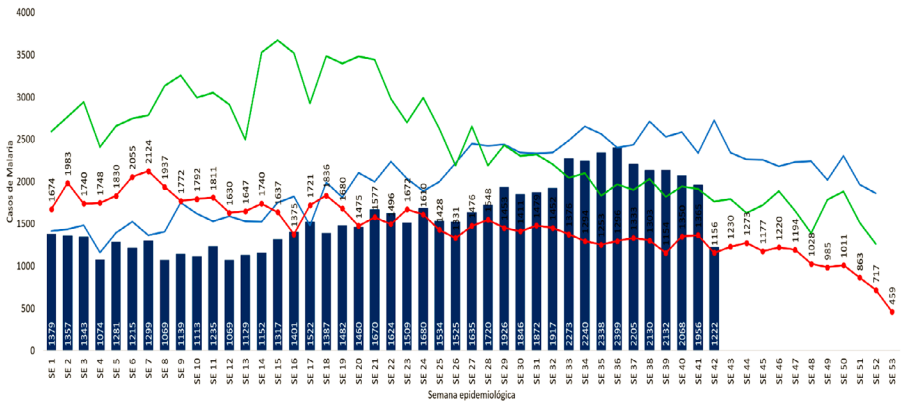
[1] Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: *https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf*

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 19. Comportamiento epidemiologico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 42 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 42 del 2026 se notificaron 2 628 casos de malaria, para un acumulado de 66 844 de los cuales 66 124 son de malaria no complicada y 720 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 65,8 % (43 987), seguido de *Plasmodium falciparum* con 32,9 % (21 961) e infección mixta con 1,3 % (896). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 95,1 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (42,9 %), Antioquia (12,5 %), Córdoba (7,0 %), Guainía (5,0 %), Nariño (4,9 %), Risaralda (4,2 %), Cauca (3,3 %), Amazonas (3,0 %), Bolívar (2,9 %), Buenaventura (2,5 %), Vichada (2,5 %), Meta (2,3 %) y Guaviare (2,1 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 73,8 % 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 42 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 35 a 38 2026	Casos SE 39 a 42 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	5 935	1017	475	39,85
Córdoba	Tierralta	3 110	342	368	30,69
Guainía	Inírida	2 978	411	392	75,23
Risaralda	Pueblo Rico	2 556	392	240	152,02
Chocó	Bagadó	2 596	405	547	214,97
Chocó	Lloró	2 374	426	275	218,52
Chocó	Istmina	1 814	245	136	51,89
Buenaventura	Buenaventura	1 684	301	170	5,18
Antioquia	El Bagre	1 653	185	195	28,98
Chocó	Alto Baudó	1 675	418	227	52,07
Chocó	Medio San Juan	1 325	161	173	109,46
Chocó	Río Quito	1 246	240	187	132,05
Meta	Puerto Gaitán	1 211	86	142	25,64
Vichada	Cumaribo	1 193	96	75	13,30
Chocó	Tadó	1 277	197	235	61,52
Cauca	Timbiquí	1 142	149	73	39,86
Chocó	Bajo Baudó	1 061	178	159	30,37
Bolívar	Montecristo	1 040	98	140	55,88
Chocó	Carmen del Darién	1 036	153	150	45,54
Vaupés	Mitú	919	55	25	25,10
Chocó	Nóvita	967	220	230	90,25
Chocó	Juradó	820	26	20	105,96
Cauca	Guapi	846	129	78	28,09
Nariño	Olaya Herrera	802	77	73	29,99
Norte de Santander	Tibú	812	116	78	12,95
Antioquia	Nechí	756	69	63	26,74
Chocó	Atrato	763	121	68	107,88
Chocó	El Cantón del San Pablo	721	72	23	101,08
Amazonas	Tarapacá (CD)	712	52	43	158,43
Córdoba	Puerto Libertador	668	63	45	14,50
Chocó	Medio Atrato	673	142	80	50,64
Guaviare	San José del Guaviare	661	80	93	9,93
Amazonas	La Pedrera (CD)	606	79	65	139,18
Antioquia	Cáceres	579	79	38	18,34
Antioquia	Chigorodó	584	50	82	9,26

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.*

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

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, Pueblo Rico, Quibdó, Lloró, Mitú, Juradó, Tibú y Alto Baudo y en incremento los municipios de Tierralta, El Bagre, Bagadó, 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, Alto Baudó, Guapi, Bajo Baudó y Atrato y en incremento los municipios de Bagadó, El Charco, 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 42 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 35 a 38 de 2026	Casos SE 39 a 42 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	320	332	4%	6,3%
Guainía	Inírida	336	298	-11%	5,7%
Risaralda	Pueblo Rico	285	173	-39%	4,7%
Chocó	Quibdó	337	164	-51%	4,7%
Antioquia	El Bagre	180	190	6%	3,6%
Chocó	Lloró	195	137	-30%	3,1%
Chocó	Bagadó	148	189	28%	3,0%
Meta	Puerto Gaitán	81	118	46%	2,4%
Bolívar	Montecristo	95	140	47%	2,4%
Chocó	Carmen del Darién	129	135	5%	2,1%
Vaupés	Mitú	49	21	-57%	2,0%
Vichada	Cumaribo	51	49	-4%	1,9%
Chocó	Juradó	26	20	-23%	1,9%
Norte de Santander	Tibú	116	77	-34%	1,8%
Chocó	Alto Baudó	131	53	-60%	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 42 de 2026

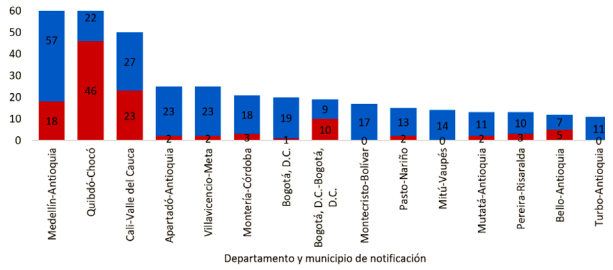
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 35 a 38 de 2026	Casos SE 39 a 42 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	664	314	-53%	17,5%
Chocó	Bagadó	247	355	44%	5,5%
Buenaventura	Buenaventura	223	128	-43%	5,4%
Cauca	Timbiquí	148	70	-53%	5,1%
Chocó	Istmina	138	73	-47%	4,6%
Chocó	Río Quito	185	119	-36%	4,2%
Chocó	Lloró	212	125	-41%	4,2%
Chocó	Alto Baudó	272	170	-38%	3,9%
Cauca	Guapi	120	75	-38%	3,6%
Chocó	Medio San Juan	92	104	13%	3,2%
Chocó	Bajo Baudó	123	91	-26%	2,5%
Chocó	Atrato	97	53	-45%	2,4%
Chocó	Tadó	65	142	118%	2,4%
Chocó	Nóvita	111	142	28%	2,3%
Nariño	El Charco	53	63	19%	2,2%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 42 de 2026 se han notificado 720 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 20).

Figura 20. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 42 de 2026



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

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

Comportamientos inusuales en entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 42 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran seis departamentos en situación de incremento y cinco departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 45 municipios en incremento y 55 municipios en decremento (tabla 23).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 42 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 42 2025	Acumulado 2026	SE 42 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Mutatá	5	574	7	508	5	42	66
Antioquia	Frontino	4	229	4	511	14	27	92
Antioquia	Cáceres	4	583	6	584	3	33	39
Antioquia	Necoclí	4	98	1	93	3	7	17
Antioquia	Dabeiba	4	143	0	191	12	29	38
Antioquia	Remedios	4	103	2	99	1	6	14
Antioquia	Nechí	5	858	3	771	14	31	64
Antioquia	Chigorodó	5	723	9	593	10	53	82
Antioquia	Yondó	4	51	0	68	0	1	5
Antioquia	Tarazá	4	457	7	252	5	22	30
Antioquia	El Bagre	5	2 014	50	1 662	38	175	196
Bolívar	Río Viejo	4	23	2	149	2	5	18
Bolívar	Montecristo	5	866	15	1 059	37	76	141
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	66	0	130	9	5	26
Bolívar	San Pablo	4	15	0	15	1	1	6
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	14	0	79	2	0	8
Caquetá	Florencia	4	267	2	174	16	7	33
Chocó	Alto Baudó	5	1 195	29	1 677	9	211	226
Chocó	Medio Baudó	5	561	7	507	6	68	74
Chocó	El Carmen de Atrato	4	205	9	565	48	14	156
Chocó	Condoto	4	182	8	373	3	14	62
Chocó	Bagadó	5	1 495	37	2 609	122	363	551
Chocó	Tadó	5	1 387	25	1 282	46	165	234
Chocó	Medio San Juan	5	1 088	20	1 327	38	97	173
Chocó	Nóvita	5	305	3	969	33	27	231
Chocó	Belén de Bajirá	5	171	6	590	11	12	47
Chocó	Lloró	5	1 745	35	2 382	30	139	277
Chocó	Istmina	5	1 174	13	1 831	17	71	137
Chocó	Unión Panamericana	5	192	2	337	13	21	63
Chocó	Río Quito	5	509	8	1 255	27	89	187
Chocó	El Litoral del San Juan	5	86	1	289	16	17	51
Chocó	Quibdó	5	2 764	38	6 058	65	286	492
Chocó	Medio Atrato	5	416	2	677	11	58	82
Chocó	Carmen del Darién	5	742	2	1 041	37	62	150
Chocó	Atrato	5	290	5	770	5	34	69
Chocó	Cértegui	4	189	3	286	6	10	36
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	29	1	37	0	3	8
Guainía	Inírida	5	1 369	38	2 984	35	321	392
Guaviare	San José del Guaviare	5	562	8	668	23	59	94
Guaviare	Calamar	4	163	2	278	11	23	28
Guaviare	El Retorno	5	233	10	329	4	18	39
Meta	Puerto Gaitán	4	353	23	1 226	27	20	144
Meta	Puerto López	4	191	0	32	2	1	6
Nariño	El Charco	5	1 643	18	547	31	63	70
Valle del Cauca	Buenaventura	5	1 826	25	1 698	28	153	172

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

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

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 infecciosas[1].

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 42 del 2026, se han notificado 17 155 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 17 070 corresponden a residentes en Colombia y 85 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (43 de 2025 a 42 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 5,4 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (28,4 %) y en los de 1 año de edad (27,0 %). Así mismo, el 65,9 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 42 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Guainía, Norte de Santander, San Andrés, y Vaupés; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 207 municipios a nivel nacional (18,4 %) y de disminución en 97 municipios (8,6 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 20 municipios (tabla 25).

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

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 42, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 42 de 2025	Casos a SE 42 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	**17259**	**17070**	**0,54**	**18,4**	**8,6**
La Guajira	1435	1398	1,53	13,3	20,0
Chocó	693	794	1,39	38,7	6,5
Vichada	172	191	1,34	0,0	25,0
Risaralda	385	491	0,92	35,7	7,1
Guaviare	57	52	0,74	0,0	0,0
Cartagena de Indias	445	471	0,69	0,0	0,0
Cesar	788	834	0,67	28,0	20,0
Magdalena	679	529	0,67	20,7	10,3
Arauca	143	138	0,66	14,3	28,6
Boyacá	418	458	0,64	14,6	3,3
Vaupés	28	26	0,60	16,7	16,7
Antioquia	2235	2158	0,57	20,8	3,2
Nariño	566	624	0,56	25,0	4,7
Bogotá, D.C	2127	2010	0,54	0,0	0,0
Meta	314	391	0,53	27,6	10,3
Bolívar	517	488	0,52	24,4	8,9
Casanare	210	172	0,51	15,8	31,6
Norte Santander	580	488	0,50	5,0	12,5
Cundinamarca	965	970	0,50	12,9	6,0
Putumayo	156	148	0,48	15,4	15,4
Sucre	325	357	0,48	46,2	7,7
Amazonas	56	39	0,47	9,1	9,1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	18	0,46	100,0	0,0
Santiago de Cali D.E.	448	408	0,42	0,0	0,0
Valle del Cauca	530	469	0,41	20,0	5,0
Tolima	278	312	0,40	12,8	10,6
Buenaventura	145	111	0,40	0,0	0,0
Guainía	37	26	0,39	11,1	11,1
Huila	380	331	0,38	8,1	10,8
Santa Marta	152	130	0,36	0,0	0,0
Córdoba	427	519	0,35	16,7	13,3
Caquetá	111	112	0,34	6,3	25,0
Caldas	158	165	0,33	14,8	3,7
Santander	403	421	0,32	19,5	3,4
Cauca	259	292	0,28	21,4	11,9
Atlántico	290	282	0,28	13,6	40,9
Quindío	68	74	0,28	0,0	0,0
Barranquilla D.E.	276	173	0,26	0,0	0,0

*SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 43 de 2025 a SE 42 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 42 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Norte de Santander	San José de Cúcuta	243	192
La Guajira	Maicao	319	185
Risaralda	Pereira	101	157
Chocó	Quibdó	94	133
Risaralda	Dosquebradas	41	117
Sucre	Sincelejo	48	104
Tolima	Ibagué	63	97
Cundinamarca	Fusagasugá	55	88
Antioquia	Rionegro	32	53
Cesar	Aguachica	24	49
Cauca	Popayán	28	46
Boyacá	Duitama	26	45
Huila	Pitalito	30	42
Valle del Cauca	Cartago	23	33
Antioquia	Envigado	17	28
Cauca	Santander de Quilichao	20	27
Santander	Piedecuesta	38	27
Atlántico	Malambo	33	21
Cundinamarca	Girardot	43	15
Norte de Santander	Villa del Rosario	42	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***

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

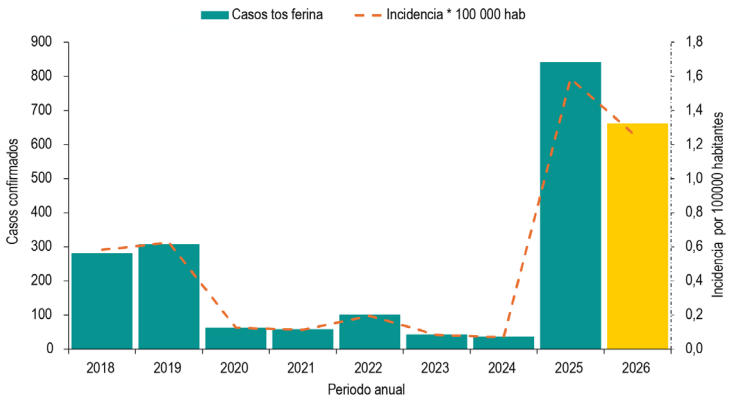
Tos ferina

Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 41 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 41 de 2026 (datos preliminares), a nivel nacional se han confirmado 691 casos de tos ferina, de los cuales 662 corresponden a casos con procedencia nacional, utilizados para el cálculo de la incidencia y 29 del exterior. La incidencia nacional de tos ferina registrada hasta la semana epidemiológica 41 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 842 casos de tos ferina y una incidencia de 1,6 casos por cada 100 000 habitantes (figura 21).

Figura 21. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 41, 2018 a 2026p

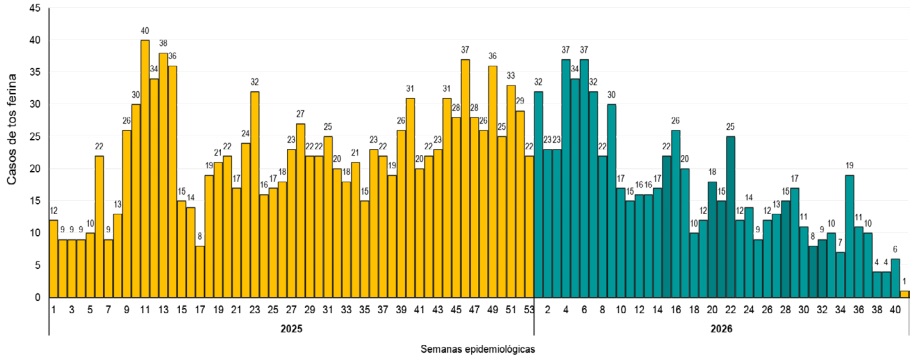


Fuente: Sivigila 2018 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 22 muestra una disminución 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 46, durante 2026 los mayores valores se presentaron al inicio del año, alcanzando 38 casos en la semana epidemiológica 05 y 37 casos en la semana epidemiológica 06. A partir de entonces, la notificación mostró una tendencia descendente progresiva, con fluctuaciones y picos esporádicos desde la semana 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 SE 38 a 41 se confirmaron 15 casos, lo que representa una disminución del 68,1 % respecto a las semanas epidemiológicas 34 a 37, periodo en el que se registraron 47 casos.

Figura 22. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 41 de 2026p



Fuente: Sivigila 2025 y 2026 p

p: dato preliminar sujeto a validación.

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

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 41, de 2019 a 2026p

La incidencia nacional de tos ferina en Colombia durante 2026 fue de 1,2 casos por 100 000 habitantes, con un total de 662 casos confirmados, de acuerdo con la información presentada en la tabla. Las mayores incidencias se registraron en Vaupés (22,5 casos por 100 000 habitantes), Casanare (4,6), Cartagena de Indias (4,4), Vichada (3,9), Arauca (3,6), Chocó (3,3) y Boyacá (3,1). En términos absolutos, Antioquia concentró el mayor número de casos confirmados (151), seguida de Bogotá (65), Santander (45), Cartagena de Indias (44), Boyacá (40) y Cesar (26).

En comparación con 2025, la incidencia nacional disminuyó de 1,6 a 1,2 casos por 100 000 habitantes, lo que representa una reducción del 25,0 %. Sin embargo, se observaron incrementos en 18 entidades territoriales, entre las que se destacan Casanare, Vaupés, Boyacá, Cartagena de Indias, Santander y Arauca, por la magnitud de sus variaciones. Por otra parte, 13 entidades presentaron disminuciones, entre ellas Bogotá, Antioquia, Caldas, Huila y Cundinamarca.

Estos hallazgos evidencian un comportamiento epidemiológico heterogéneo de la tos ferina en el territorio nacional. A pesar de la disminución de la incidencia agregada del país, persisten entidades territoriales con incrementos relevantes y tasas superiores al promedio nacional, lo que hace necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica, verificar las coberturas de vacunación y priorizar las intervenciones de prevención y control según el comportamiento territorial de la enfermedad.

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 41 de 2026, en Colombia se han reportado 44 brotes de tos ferina en población indígena colombiana, con un total de 170 casos asociados en Colombia. De estos, 38 brotes (86,4 %) se encuentran cerrados y 6 brotes (13,6 %) permanecen activos y en seguimiento epidemiológico de acuerdo con la fecha de inicio de síntomas y fecha estimada de cierre decretada por la entidad territorial. Los brotes que continúan abiertos corresponden a los municipios de Necoclí (Antioquia), Cerrito (Santander), Turbo (Antioquia), Güicán (Boyacá), Betulia (Antioquia) y Cubará (Boyacá) ((tabla 27).

Tabla 26. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 41, 2019 a 2026p

	Incidencias por 100 000 habitantes									
Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0,6	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,6	1,2		662
Antioquia	0,8	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	3,1	2,2		151
Bogotá, D.C.	0,9	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	3,4	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	0,8	3,1		40
Cesar	0,5	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6	1,7		26
Cundinamarca	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	1,7	0,6		23
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6		22
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	1,4	1,7		21
Santiago de Cali	0,3	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
Barranquilla	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	0,9		11
Vaupés	110,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,8	22,5		10
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	3,6		10
Risaralda	0,8	0,1	0,0	0,6	0,0	0,0	1,8	1,0		10
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	1,1	0,9		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	2,4	0,8		8
Meta	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,3	0,7		8
Huila	0,4	0,4	0,1	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
Nariño	0,4	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,5	0,2		4
Tolima	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2		3
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,9	0,6	0,0	0,0	0,6		2
Putumayo	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5		2
Caquetá	1,7	0,7	0,0	0,0	0,2	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

Fuente: Sivigila 2019 a 2026p. p: dato preliminar sujeto a validación.
**La incidencia de Vaupés en 2019 corresponde a un brote registrado en población indígena de ese año.*

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

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

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Antioquia	Necoclí	4	06/10/2026	17/11/2026
Santander	Cerrito	22	19/09/2026	31/10/2026
Antioquia	Turbo	1	18/09/2026	30/10/2026
Boyacá	Güicán	12	14/09/2026	26/10/2026
Antioquia	Betulia	1	14/09/2026	26/10/2026
Boyacá	Cubará	15	12/08/2026	23/09/2026

**FIS: fecha de inicio de síntomas*
p: dato preliminar sujeto a validación.

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: 27 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 humanas, sociales y de infraestructura principalmente 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 y el Reporte Situacional No. 119 de la Unidad Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres (UNGRD), se registran afectaciones en 500 municipios de 16 departamentos del país. La emergencia se mantiene en fase de seguimiento, recuperación y fortalecimiento de capacidades territoriales, con articulación permanente entre los niveles nacional y territorial para el monitoreo epidemiológico, sanitario y ambiental de los territorios afectados.

En materia de vigilancia en salud pública, con corte al 26 de octubre de 2026, se han identificado 21 brotes en el contexto del seguimiento a la emergencia, de los cuales 19 han sido cerrados tras la implementación de las medidas de control y el cumplimiento de los criterios epidemiológicos de cierre. Los dos brotes que continúan en seguimiento corresponden a infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) notificadas en instituciones de salud del departamento de Quindío. No se han reportado defunciones relacionadas con los brotes investigados. Durante el periodo se notificaron estos dos eventos; no obstante, la investigación epidemiológica de campo estableció que su ocurrencia no se encuentra asociada a las afectaciones derivadas del sismo, por lo que fueron clasificados como eventos coincidentes dentro del contexto temporal de la emergencia.

Asimismo, el análisis epidemiológico de los eventos priorizados evidencia un comportamiento general estable, aunque se identificaron incrementos en algunos eventos transmisibles, no transmisibles, zoonóticos y transmitidos por vectores, las verificaciones realizadas con las entidades territoriales indican que estos cambios no guardan relación directa con la afectación sísmica y se asocian principalmente al fortalecimiento de la vigilancia, la búsqueda activa de casos y el mejoramiento de los procesos de notificación y análisis epidemiológico.

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) continúa operando adecuadamente en los territorios afectados. Con corte a la semana epidemiológica 42, las entidades territoriales de Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Chocó, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca registraron un cumplimiento del 100,0 % en los tres niveles del flujo de información (UPGD, UNM y UND), garantizando la continuidad y oportunidad de la vigilancia epidemiológica. Durante el periodo se restableció la notificación de una UPGD en Quindío; sin embargo, permanecen en seguimiento 13 UPGD de Santiago de Cali y Risaralda que continúan presentando limitaciones operativas derivadas de la emergencia.

Con relación a la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), con corte al 26 de octubre de 2026 se han consolidado 541 reportes comunitarios relacionados con las afectaciones derivadas del sismo, concentrados principalmente en Quindío, Chocó, Caldas y Risaralda. Entre el 18 y el 26 de octubre se notificaron tres nuevos reportes asociados exclusivamente a necesidades de atención en salud mental y apoyo psicosocial: un menor de edad alojado en el alojamiento temporal de emergencia (ATE) Cacique de Quimbaya con requerimiento de atención psicológica, una persona afectada por ansiedad e insomnio en La Tebaida (Quindío) y una persona hipertensa y oxígeno-dependiente con afectación emocional posterior al sismo en Pereira (Risaralda). Todas las situaciones permanecen abiertas para seguimiento institucional. En respuesta, se mantiene el monitoreo de las investigaciones de campo y la activación de las rutas de atención requeridas.

Con corte al 27 de octubre de 2026, se han identificado 118 alojamientos temporales, de los cuales 41 permanecen activos y caracterizados, mientras que 77 han sido cerrados. La población caracterizada en los ATE activos corresponde a 1 672 personas, lo que refleja una reducción progresiva de la población alojada respecto a reportes anteriores. Durante este periodo fue incorporado al monitoreo un ATE en el municipio de Río Iró (Chocó), cuya caracterización solo fue posible una vez se logró el acceso territorial.

Las evaluaciones sanitarias continúan evidenciando brechas en saneamiento básico y condiciones ambientales. De los 35 ATE con información disponible sobre gestión de residuos sólidos, 14 presentan condiciones regulares o deficientes que requieren fortalecimiento. Asimismo, nueve alojamientos no cuentan con agua apta para consumo humano y seis no disponen de información actualizada, situación que afecta principalmente territorios de Valle del Cauca, Santiago de Cali, Buenaventura, Chocó y Risaralda. La presencia de vectores y plagas continúa representando un riesgo sanitario, destacándose hallazgos de zancudos, moscas, larvas y roedores, particularmente en Buenaventura, Quibdó y Condoto. Aunque en términos generales se observan avances en las

condiciones de inocuidad alimentaria, persisten limitaciones de infraestructura para la preparación, lavado y refrigeración de alimentos en algunos alojamientos, por lo que se mantiene el seguimiento sanitario y ambiental para disminuir riesgos en salud pública.

Respecto a la Red Nacional de Laboratorios, continúan las medidas de contingencia implementadas en los Laboratorios de Salud Pública de Valle del Cauca, Risaralda, Quindío, Caldas y Chocó, afectados por el evento sísmico. El Instituto Nacional de Salud mantiene el acompañamiento técnico para garantizar la continuidad de la vigilancia basada en laboratorio mediante la habilitación de sedes temporales, acuerdos de referencia y contrarreferencia, fortalecimiento del talento humano y articulación con otras instituciones de apoyo. Aunque persisten desafíos relacionados con infraestructura y recuperación operativa, las capacidades diagnósticas necesarias para la vigilancia de eventos prioritarios continúan funcionando mediante los planes de contingencia establecidos.

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. De igual forma, la Dirección de Producción del INS no reporta desabastecimiento de suero antiofídico en las entidades territoriales priorizadas.

Permanece activo el Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), manteniéndose la clasificación del riesgo en nivel **muy alto**, debido a la persistencia de población en alojamientos temporales, las afectaciones de infraestructura crítica de salud y laboratorio, y las condiciones sanitarias y ambientales que continúan representando riesgos para la salud pública. Las acciones actuales se orientan al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, comunitaria, sanitaria y ambiental, el seguimiento de los reportes comunitarios abiertos, la mejora de las condiciones de agua y saneamiento en los alojamientos activos y la recuperación progresiva de las capacidades territoriales de respuesta.

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS). Reporte de Situación (SITREP) No. 53, 27 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 26 y el 27 de octubre de 2026.

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 27 de octubre de 2026

Para 2026, con corte al 27 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 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 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 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 Meta se confirmó un caso procedente de Villavicencio, mientras que en Cundinamarca se confirmaron tres (3) casos procedentes del municipio de Paratebueno.

Durante el periodo comprendido entre el 20 y el 27 de octubre de 2026, no se confirmaron nuevos casos de fiebre amarilla en humanos. A la fecha de corte, se completan cinco 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), Purificación, Chaparral, Icononzo, Melgar, San Antonio, Prado, Suárez y Dolores (Tolima).

Durante 2026, con corte al 27 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: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, semana epidemiológica 42, Bogotá, Colombia, 27 de octubre de 2026

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

Actualización de sarampión a nivel nacional, 27 de octubre de 2026

Se han confirmado 16 casos, de estos, 10 son importados y seis (6) relacionados a la importación, no se han reportado complicaciones ni defunciones, y se han cerrado nueve (9) casos aislados y un conglomerado (5 casos). Último caso confirmado con fecha de inicio de exantema el 22/09/2026 en Leticia (Amazonas), importado de Perú.

De las últimas cuatro semanas, 113 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (57), Antioquia (26), Sucre (5), Amazonas y Norte de Santander (4), Atlántico, Córdoba, Huila, Meta y Nariño (2), Cartagena de Indias, Casanare, Putumayo, Risaralda, Santa Marta, Tolima y Valle del Cauca un (1) caso cada uno. Con corte al 21 de octubre de 2026, se han notificado 2 228 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 2 084 han sido descartados identificando casos confirmados para diagnósticos diferenciales como: dengue, parvovirus B19, Herpes 6 y citomegalovirus.
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.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 27 de octubre de 2026.

Brote de meningitis meningocócica en población privada de la libertad, Barranquilla, octubre de 2026

Se notificó un brote de meningitis meningocócica en una persona privada de la libertad (PPL) recluida en una Unidad de Reacción Inmediata (URI). Corresponde a un hombre de 20 años, de nacionalidad colombiana, quien ingresó al centro de reclusión el 06/10/2026 y permanecía compartiendo espacio con otras personas privadas de la libertad. Inició síntomas el 19/10/2026, con cefalea intensa de progresión rápida; posteriormente presentó convulsiones, alteración del estado de conciencia y deterioro neurológico. El paciente consultó inicialmente el 20/10/2026 y fue remitido el 21/10/2026 a una institución de alta complejidad para manejo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El 22/10/2026, el panel molecular *FilmArray* para meningitis resultó positivo para *Neisseria meningitidis*. Adicionalmente, se documentó coinfección por virus varicela-zóster. El 28 de octubre se confirmó que el caso corresponde a *Neisseria meningitidis* serogrupo B.

La investigación epidemiológica de campo (IEC) fue realizada el 23/10/2026. Se identificaron 46 personas expuestas dentro de la URI, para quienes se estableció seguimiento activo, búsqueda de sintomáticos respiratorios y vigilancia durante 20 días. De igual forma, se administró quimioprofilaxis con ciprofloxacina en dosis única a los contactos familiares, se realizó vacunación y se implementaron medidas de aislamiento respiratorio durante 24 a 48 horas, con uso de tapabocas, higiene de manos y actividades de información, educación y comunicación dirigidas a la población expuesta.

La tasa de ataque fue de 2,17 %. Continúa el seguimiento diario de los contactos estrechos, el fortalecimiento de las medidas institucionales de prevención y control y el monitoreo para la detección temprana de posibles casos secundarios.

De acuerdo con el seguimiento realizado el 28 de octubre de 2026, el caso índice permanece hospitalizado en UCI, clínicamente estable y con recuperación lenta pero favorable. A la fecha, los contactos familiares se encuentran sanos y sin síntomas. No se han reportado novedades ni casos secundarios entre las personas expuestas dentro de la URI, manteniéndose el seguimiento epidemiológico.

La información es preliminar y permanece en seguimiento por las autoridades sanitarias y los referentes del evento.

Fuente: Información Sitrep referente Distrital de Barranquilla Colombia, 28 de octubre de 2026

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización de la enfermedad del ébola causada por el virus de Bundibugyo (BVD) en República Democrática del Congo, Kenia y Nigeria. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 23 de octubre de 2026

En República Democrática del Congo (RDC), con corte a 20 de octubre de 2026, se han notificado 9 704 casos confirmados, incluyendo 4 687 muertes, letalidad 48,3 %. Los casos se han reportado en 66 zonas sanitarias de ocho provincias, de éstas 50 han notificado casos en los últimos 21 días. Ituri sigue siendo la provincia más afectada, con 28 de las 36 zonas sanitarias notificando casos durante este brote, seguida de Nord Kivu (17/34), Haut-Uélé (7/13), Tshopo (7/23), Bas-Uélé (4/11), Sud Kivu (1/14), Sud-Ubangi (1/16) y Nord-Ubangi (1/11).

El 06 de octubre de 2026, el Ministerio de Salud de Kenia informó del primer caso importado de BVD confirmado en Kenia en un individuo que había viajado desde

la RDC a Kenia vía Uganda. Con corte a 20 de octubre de 2026, se han notificado un total de nueve casos de BVD, incluyendo una muerte, en Kenia. Los ocho casos adicionales son todos contactos conocidos del primer caso importado. Actualmente no hay evidencia de transmisión comunitaria más amplia.

El 20 de octubre de 2026, Nigeria confirmó un caso importado en el Territorio de la Capital Federal de Abuja en un paciente que había viajado desde Uganda al país. El paciente está en aislamiento y recibiendo atención médica. Se están realizando investigaciones adicionales para comprender mejor la historia completa de los viajes y la posible fuente de la exposición.

Estos avances subrayan la necesidad de una preparación sostenida en la región, incluyendo vigilancia transfronteriza, monitoreo de puntos de entrada, detección oportuna de casos y medidas coordinadas de preparación y respuesta. La OMS desaconseja cualquier restricción de viajes o comercio con los países afectados.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad del ébola causada por el virus de Bundibugyo (BVD) en República Democrática del Congo, Kenia y Nigeria. Fecha de publicación: 23 de octubre de 2026. Fecha de consulta: 28 de octubre de 2026. Disponible en: ***https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON622***

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

TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 42 de 2026

Salud

Instituto Nacional de Salud

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 42

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			Leptospirosis		
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	1	0	481	37	49	842	22	122	118	8	10	3	0	0	1	0	0	15	0	0
Antioquia	474	13	8	18097	1464	1575	3726	258	566	1307	111	165	36	4	6	231	60	3	638	12	7
Arauca	93	2	0	900	65	100	2610	86	301	796	22	73	28	0	0	1	1	0	29	0	0
Atlántico	77	3	4	3667	290	346	3756	279	610	1622	163	248	27	8	4	4	1	1	53	2	0
Barranquilla D.E.	10	0	0	4216	290	368	2895	319	328	1316	175	151	25	7	1	4	1	0	102	3	0
Bogotá D.C.	1	0	0	20874	1845	1965	0	0	0	0	0	0	0	0	0	99	20	9	118	2	1
Bolívar	223	6	5	2514	218	221	9184	309	1576	3751	154	599	115	7	15	3	0	0	99	5	0
Boyacá	61	1	1	6155	513	584	266	19	31	119	8	16	4	0	1	4	1	0	47	0	0
Buenaventura D.E.	18	0	1	114	11	7	174	31	39	64	13	14	2	0	0	0	0	0	76	2	0
Caldas	55	2	2	3798	301	397	171	13	25	71	8	12	0	0	0	7	1	0	61	1	0
Santiago de Cali D.E.	9	0	0	4838	418	418	1106	560	129	421	222	51	10	7	2	3	31	0	84	1	2
Caquetá	136	2	0	1059	94	102	433	37	20	227	20	11	12	0	0	0	0	0	190	3	1
Cartagena de Indias D.T.	22	0	0	2296	151	224	3507	504	415	655	224	60	35	11	3	1	0	0	152	7	3
Casanare	145	4	3	1923	134	192	3596	73	247	1075	31	74	21	2	0	1	1	0	40	1	0
Cauca	96	2	4	5392	455	442	229	61	48	79	24	17	8	1	1	5	1	0	83	0	0
Cesar	231	9	8	2859	206	268	6574	254	381	3650	155	166	48	4	1	2	1	0	25	2	0
Chocó	184	2	2	294	21	26	1097	87	150	238	17	40	6	1	0	0	0	0	104	0	1
Córdoba	318	9	5	4637	383	391	3014	370	287	1339	178	148	12	3	2	1	1	0	91	3	0
Cundinamarca	76	2	1	13910	1122	1312	1949	154	480	752	75	183	22	1	4	20	4	4	134	2	0
Guainía	6	0	0	235	14	19	10	4	1	3	1	1	0	0	0	1	0	0	8	0	0
Guaviare	64	1	2	349	65	29	647	29	175	184	8	49	3	0	0	0	0	0	24	0	0
Huila	130	2	2	6169	395	601	1060	141	134	426	54	51	51	5	2	11	2	4	198	1	0
La Guajira	120	4	3	2103	251	162	3158	139	60	1699	99	31	54	3	0	3	1	0	26	0	0
Magdalena	133	5	3	2149	192	172	5699	113	677	2791	75	318	37	1	1	1	3	0	39	1	0
Meta	235	5	2	4066	332	430	13904	323	980	4163	117	290	126	3	16	7	9	0	48	2	0
Nariño	111	4	0	6853	568	639	684	79	75	271	26	28	5	1	1	3	0	0	65	1	1
Norte de Santander	283	8	5	6623	494	612	5906	324	709	2146	163	197	76	6	3	20	16	0	99	3	0
Putumayo	109	2	1	1716	142	161	393	45	75	112	15	24	6	0	0	1	0	1	34	0	0
Quindío	13	0	1	2991	220	269	399	25	101	96	9	18	14	0	4	2	2	0	86	1	0
Risaralda	55	1	2	4062	319	386	223	21	66	90	9	29	2	0	0	16	3	2	182	4	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	326	26	30	39	10	10	14	5	3	1	0	0	1	0	0	5	0	0
Santa Marta D.T.	37	0	0	1788	134	175	2109	79	61	939	46	25	7	1	0	1	1	0	79	3	1
Santander	172	6	5	7532	574	704	7134	466	1190	2781	207	499	50	4	10	88	4	9	220	2	1
Sucre	75	2	1	2525	204	223	2331	200	575	1041	127	220	16	4	2	2	0	0	88	1	1
Tolima	123	3	5	6905	541	652	3221	397	662	1067	184	242	40	3	10	6	2	0	616	5	7
Valle del Cauca	61	2	1	8465	640	791	2156	401	521	733	151	163	26	3	10	5	6	0	106	2	0
Vaupés	33	1	0	215	14	32	89	1	19	7	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0
Vichada	44	1	1	220	22	21	131	18	27	36	4	7	1	0	1	0	0	0	12	0	1
Total nacional	4.074	105	78	163.316	13.168	15.095	94.422	6.251	11.873	36.199	2.908	4.233	929	90	100	556	174	33	4.080	368	330

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 42

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 salsa 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	2033	290	145	2	2	0	5028	538	334	102	14	9	0	0	0	2433	317	222
Antioquia	73	6	6	8396	761	878	220	24	34	779338	77624	65744	30277	2603	2290	3128	741	507	344385	31750	35391
Arauca	26	2	1	189	6	5	6	1	0	19689	2327	1758	2761	170	427	49	8	14	6865	603	714
Atlántico	10	0	1	1	0	0	6	6	1	128102	12084	15134	2765	258	252	1778	259	224	50608	4257	5763
Barranquilla D.E.	20	1	0	0	0	0	18	6	4	180454	18018	21465	10202	503	1159	1432	257	383	62429	5734	6025
Bogotá D.C.	2	0	0	0	0	0	166	42	28	1313430	127901	139163	57760	4749	4716	7483	1374	1342	649130	59279	72316
Bolívar	3	0	0	1934	103	237	27	5	7	107233	11624	10018	2557	271	195	348	118	56	24980	2543	2233
Boyacá	3	0	0	186	0	6	29	5	4	100297	11683	8870	5796	452	489	342	78	63	42104	3901	4825
Buenaventura D.E.	0	0	0	1702	152	172	13	2	0	8361	1100	623	35	9	1	8	2	0	2659	251	275
Caldas	22	1	0	8	2	0	28	3	4	64500	7673	5337	2576	233	141	995	135	119	28276	2560	2623
Santiago de Cali D.E.	83	2	2	6	1	3	92	12	14	184394	21363	16103	5271	465	419	473	92	63	79971	9154	6848
Caquetá	5	0	0	369	18	45	19	4	1	25984	2955	1867	1877	141	130	29	5	11	12763	1259	1282
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	2	0	0	20	4	5	144226	17565	15859	9278	451	582	1550	219	331	43722	3910	4463
Casanare	7	1	0	26	1	1	8	2	0	21229	2603	1762	322	64	11	114	14	11	8885	892	831
Cauca	12	0	0	2174	230	169	41	3	6	78136	9112	5753	3511	249	180	213	78	68	30629	4969	2665
Cesar	36	2	6	10	2	2	48	3	12	87261	10337	8032	4662	617	447	345	118	79	20137	2300	1862
Chocó	3	1	1	28620	2130	3615	20	2	4	19932	2034	1382	1042	139	56	33	4	7	14628	1060	1207
Córdoba	3	0	0	4630	750	516	25	5	3	166085	14917	13928	8677	615	687	1567	275	356	37709	3715	3326
Cundinamarca	8	1	1	0	0	0	68	12	11	283591	26281	26373	12827	982	1157	896	259	182	136298	12932	13836
Guainía	0	0	0	3285	326	412	0	0	0	1448	194	135	79	21	4	0	0	0	1266	123	111
Guaviare	0	0	0	1401	99	177	5	0	3	5413	565	497	917	38	71	60	10	10	3746	237	346
Huila	27	1	0	0	0	0	26	6	2	66182	9714	4931	4274	314	301	566	80	119	33908	4182	3838
La Guajira	11	1	1	19	2	5	12	3	1	232030	15466	24530	3197	620	364	504	62	54	35892	4367	4056
Magdalena	5	1	0	13	1	0	15	2	1	100872	8739	7773	3791	249	563	27	8	7	28228	2769	2168
Meta	17	1	0	1571	44	183	12	3	1	71660	6290	6038	2893	193	235	213	72	45	38027	3903	3406
Nariño	9	0	1	3243	694	278	78	7	22	94025	13036	8282	6447	395	477	165	24	33	39099	5361	3611
Norte de Santander	4	0	0	968	101	84	85	10	19	123891	12486	8733	8498	748	525	722	113	107	44565	4940	4367
Putumayo	4	0	0	64	4	3	7	2	1	32330	2291	2692	1307	104	152	41	5	6	11490	1050	865
Quindío	3	0	0	2	2	0	10	2	1	39410	5525	2986	2082	200	113	395	56	55	26167	2495	2166
Risaralda	11	0	1	2762	320	270	64	6	12	80754	9239	5287	2496	321	123	238	45	20	32351	3356	3026
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	2	1	0	5135	680	590	595	68	46	15	0	3	2381	265	345
Santa Marta D.T.	6	0	0	0	0	0	14	1	3	47151	2694	4803	2962	215	241	654	156	102	16691	1331	1650
Santander	7	0	0	15	1	3	122	8	23	203305	15990	16381	14202	1205	1187	2096	366	379	80292	6710	8141
Sucre	1	0	0	56	6	10	26	2	10	81159	8548	7291	5891	793	501	876	293	213	21385	2259	2123
Tolima	17	1	0	19	0	2	17	4	4	109070	10877	8015	7476	429	513	390	58	76	51820	4779	5118
Valle del Cauca	40	1	0	20	9	1	40	6	12	107037	12027	8767	2898	255	195	835	108	94	58557	5488	5373
Vaupés	11	0	2	1142	235	193	8	1	1	5434	368	794	110	13	7	0	2	0	2398	119	320
Vichada	1	0	1	1641	134	101	2	0	0	2422	390	235	6	4	0	2	1	1	1323	141	130
Total nacional	493	19	24	66.509	6.502	7.368	1.403	216	255	5.125.998	512.858	478.265	232.419	19170	18966	28.582	5.487	5.140	2.128.197	205.263	217.867

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 42

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	1	0	1	2	1	0	7	0	1	94	5	10	1	0	0
Antioquia	629	681	629	9	11	0	489	54	40	15	5	0	1129	45	59	2230	196	165	353	29	23
Arauca	41	49	41	2	1	0	25	1	2	1	1	0	48	1	8	206	11	47	58	3	8
Atlántico	107	186	107	2	3	0	58	5	0	0	0	0	28	1	3	717	67	76	33	2	0
Barranquilla D.E.	162	218	162	1	2	0	140	7	9	0	0	0	56	5	7	846	70	51	79	6	3
Bogotá D.C.	595	640	595	18	11	0	1230	113	109	763	5	23	1043	66	41	4050	341	351	1549	176	92
Bolívar	157	179	157	7	3	0	34	2	0	2	0	0	30	2	0	410	42	20	16	0	1
Boyacá	91	109	91	4	2	0	150	14	12	18	1	0	133	3	3	606	45	44	186	24	15
Buenaventura D.E.	42	63	42	0	1	0	2	0	1	0	1	0	4	0	1	29	1	3	1	0	0
Caldas	63	75	63	2	2	0	38	7	4	2	1	0	28	2	7	382	31	25	20	4	4
Santiago de Cali D.E.	213	241	213	3	3	0	113	18	10	1	0	0	38	3	1	790	96	32	100	10	12
Caquetá	40	51	40	0	2	0	26	3	3	1	0	0	5	1	0	202	14	22	11	2	4
Cartagena de Indias D.T.	125	193	125	1	2	0	52	5	5	0	0	0	59	2	2	411	46	42	30	0	0
Casanare	39	60	39	2	2	0	44	1	1	3	0	0	46	0	0	227	25	28	26	6	7
Cauca	166	195	166	3	3	0	54	9	7	3	0	0	34	1	1	246	23	23	116	25	18
Cesar	175	214	175	1	4	0	64	4	0	0	0	0	73	2	4	565	30	29	21	2	2
Chocó	121	147	121	0	2	0	3	0	0	0	1	0	121	5	4	25	5	3	11	1	0
Córdoba	204	306	204	3	5	0	166	14	5	1	0	0	22	2	3	1093	111	44	43	1	0
Cundinamarca	289	329	289	5	7	0	355	33	26	271	3	10	186	16	10	2103	151	212	280	33	17
Guainía	16	15	16	0	0	0	0	0	0	3	1	0	3	0	0	32	2	0	1	0	0
Guaviare	7	12	7	1	0	0	6	0	0	1	1	0	3	0	0	32	6	2	8	1	1
Huila	128	141	128	7	3	0	117	14	7	14	1	0	37	4	3	505	44	42	27	8	3
La Guajira	239	321	239	0	3	0	29	3	2	0	0	0	34	2	1	388	26	36	23	2	1
Magdalena	104	147	104	1	2	0	22	2	0	0	1	0	18	1	0	281	28	15	4	0	0
Meta	119	146	119	6	2	1	55	6	2	13	1	0	125	5	6	394	48	26	36	6	2
Nariño	135	160	135	7	3	0	114	13	11	2	1	0	72	5	3	745	57	79	20	1	0
Norte de Santander	135	180	135	5	3	0	145	14	10	1	0	1	104	4	4	1250	78	79	64	8	1
Putumayo	26	48	26	3	1	0	40	3	2	1	1	0	24	1	2	153	13	27	19	5	1
Quindío	45	46	45	0	1	0	39	4	1	1	1	0	22	1	1	268	28	18	48	12	4
Risaralda	81	84	81	2	2	1	43	4	4	1	1	0	80	3	2	385	37	24	18	3	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	7	11	7	0	0	0	5	0	0	0	1	0	3	0	0	75	3	5	1	0	0
Santa Marta D.T.	80	75	80	2	2	0	18	1	1	0	1	0	17	8	2	201	13	12	9	0	0
Santander	144	182	144	4	4	0	63	8	2	1	0	0	178	8	3	946	73	72	95	8	5
Sucre	117	145	117	3	2	0	47	4	5	4	1	0	33	8	2	460	54	44	30	1	1
Tolima	86	125	86	5	2	0	44	6	6	8	1	1	26	3	1	609	66	78	49	6	4
Valle del Cauca	137	166	137	3	4	0	128	11	5	0	0	0	13	1	0	901	77	73	45	6	7
Vaupés	7	12	7	0	0	0	3	0	0	1	1	0	113	4	3	35	1	7	3	0	0
Vichada	36	31	36	0	0	0	2	0	0	4	1	0	32	0	3	75	2	2	1	0	0
Total nacional	4.922	6.000	4.922	115	95	2	3.964	383	293	1.138	52	35	4.027	207	191	22.967	1.989	1.868	3.435	391	236

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 42

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	52	39	0	0	68	80	13	10
Antioquia	1	1	0	0	1817	2158	0	0	4573	4973	901	529
Arauca	1	0	0	0	229	138	0	0	150	190	16	11
Atlántico	1	0	0	0	351	282	0	0	798	797	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	221	173	0	0	789	841	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	2654	2010	0	0	4569	5207	0	0
Bolívar	0	2	0	0	421	488	0	0	480	452	338	320
Boyacá	2	0	0	0	423	458	0	0	905	793	155	85
Buenaventura D.E.	0	1	0	0	129	111	0	0	83	91	17	26
Caldas	0	0	0	0	159	165	0	1	987	1058	171	82
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	408	408	0	1	1463	1658	1	0
Caquetá	0	0	0	0	155	112	0	0	210	179	215	139
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	303	471	0	0	475	532	1	1
Casanare	7	1	0	0	264	172	0	0	251	253	7	6
Cauca	0	0	0	0	271	292	0	0	720	761	45	20
Cesar	3	0	0	0	658	834	0	0	495	527	181	275
Chocó	0	0	0	0	699	794	0	0	101	158	204	147
Córdoba	1	2	0	0	481	519	0	0	901	989	170	103
Cundinamarca	1	0	0	1	1073	970	0	0	1992	2458	166	91
Guainía	0	0	0	0	46	26	0	0	26	24	14	12
Guaviare	0	0	0	0	81	52	0	0	55	53	261	156
Huila	0	0	0	0	375	331	0	0	696	722	8	12
La Guajira	0	0	0	0	1731	1398	0	0	258	324	22	27
Magdalena	0	0	0	0	546	529	0	0	313	354	6	10
Meta	1	0	0	0	361	391	0	1	611	578	171	107
Nariño	0	0	0	0	573	624	0	0	1242	1264	185	102
Norte de Santander	1	1	0	0	601	488	0	0	942	1078	184	124
Putumayo	0	1	0	0	169	148	0	0	259	223	202	51
Quindío	0	0	0	0	83	74	0	0	432	435	1	0
Risaralda	0	0	0	0	348	491	0	0	1045	1007	102	81
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	18	0	0	22	30	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	104	130	0	0	258	285	11	14
Santander	4	1	0	0	412	421	0	0	1387	1520	549	720
Sucre	1	0	0	0	233	357	0	0	422	423	88	73
Tolima	2	0	0	0	311	312	0	0	992	990	203	81
Valle del Cauca	0	0	0	0	429	469	0	0	1130	1243	14	11
Vaupés	0	0	0	0	51	26	0	0	67	76	33	11
Vichada	0	0	0	0	238	191	0	0	23	34	28	31
Total nacional	30	10	0	1	17.470	17.070	1	3	30.192	32.660	4.486	3.471

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 42

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	1	1	0	1	7	3	3
Antioquia	15	12	6	5	25	28	11	8	112	451	127	108
Arauca	1	0	0	1	3	2	1	0	5	1	28	13
Atlántico	6	1	1	0	9	3	6	0	26	29	40	21
Barranquilla D.E.	5	0	1	2	5	8	2	1	21	21	40	15
Bogotá D.C.	16	14	1	2	29	27	0	1	128	952	91	81
Bolívar	6	1	2	1	10	11	7	3	20	5	41	20
Boyacá	4	2	1	0	4	3	1	1	21	18	18	8
Buenaventura D.E.	2	2	0	3	4	3	2	2	5	3	19	14
Caldas	1	0	0	0	1	0	0	0	17	11	16	12
Santiago de Cali D.E.	5	1	1	0	7	1	1	1	37	39	24	27
Caquetá	2	3	0	0	6	2	3	0	7	6	7	4
Cartagena de Indias D.T.	5	4	1	0	8	8	2	0	16	34	62	26
Casanare	2	3	1	0	2	2	1	0	8	10	32	15
Cauca	6	6	4	2	9	3	1	2	26	3	19	8
Cesar	10	4	5	2	8	10	10	11	24	27	33	19
Chocó	10	8	20	13	28	35	35	21	10	12	43	30
Córdoba	8	2	1	1	12	14	7	1	33	30	23	14
Cundinamarca	8	8	0	0	9	6	0	0	58	140	54	31
Guainía	1	0	1	0	3	0	1	1	2	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	20	44	15	13
La Guajira	17	11	21	16	34	28	36	26	17	2	52	27
Magdalena	6	6	1	4	9	8	12	3	16	5	27	7
Meta	4	1	1	1	5	10	6	2	19	29	40	43
Nariño	9	4	2	2	8	7	3	0	28	37	14	14
Norte de Santander	6	0	2	0	4	3	3	0	28	63	72	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	23	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	10	19	16	11
Santander	4	0	1	1	6	2	1	0	39	38	55	20
Sucre	3	3	0	1	5	2	2	0	17	21	12	11
Tolima	5	5	1	2	7	6	1	1	22	36	21	20
Valle del Cauca	2	1	2	2	9	4	3	1	34	56	32	22
Vaupés	0	0	2	2	3	0	2	0	2	1	1	3
Vichada	3	1	2	3	4	2	8	8	2	0	8	6
Total nacional	151	115	98	72	316	262	182	97	864	2.187	1.144	728

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 42

Decremento
Incremento

	Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	17	18	0	0	52	58	2	2	549	462
Antioquia	1015	1168	2	2	3152	3992	104	107	19366	16801
Arauca	145	125	0	0	118	115	2	1	1049	1155
Atlántico	296	274	1	0	407	545	17	25	2122	2043
Barranquilla D.E.	323	284	1	2	710	837	21	39	2214	2519
Bogotá D.C.	744	824	0	0	1099	1232	32	31	26980	26228
Bolívar	253	246	2	3	164	185	4	2	2040	1993
Boyacá	84	82	0	1	150	186	2	2	3655	3648
Buenaventura D.E.	116	104	0	0	143	176	5	8	300	262
Caldas	117	134	0	0	284	304	4	4	2640	2895
Santiago de Cali D.E.	402	510	0	0	1263	1294	42	44	6400	5189
Caquetá	72	73	0	0	220	242	6	10	948	821
Cartagena de Indias D.T.	303	327	1	0	365	460	5	8	1283	1595
Casanare	117	143	0	0	131	160	4	4	771	918
Cauca	155	181	0	2	254	257	3	1	2899	2898
Cesar	266	252	1	0	371	410	4	11	1726	1825
Chocó	205	173	0	0	198	215	2	2	379	473
Córdoba	251	231	3	2	237	276	6	3	2897	3010
Cundinamarca	323	386	1	0	452	563	14	14	11986	12835
Guainía	16	12	0	0	21	17	0	0	184	156
Guaviare	21	14	0	0	35	48	1	0	269	362
Huila	129	149	0	1	365	426	7	6	5188	5537
La Guajira	322	261	0	1	466	657	7	0	1178	1242
Magdalena	201	206	2	0	155	178	3	5	1178	1234
Meta	213	239	0	0	577	604	19	24	2174	2298
Nariño	186	202	1	1	155	244	5	6	3874	4283
Norte de Santander	409	367	0	0	626	780	13	15	3336	3547
Putumayo	77	74	0	1	93	108	4	3	1206	1435
Quindío	80	83	0	0	240	266	4	11	2250	2070
Risaralda	153	154	0	2	532	592	21	9	3111	2921
Archipiélago de San Andrés y Providencia	7	6	0	0	9	17	0	1	198	205
Santa Marta D.T.	108	191	0	0	230	296	3	3	578	533
Santander	366	388	0	0	934	1193	24	16	5459	5912
Sucre	168	134	1	2	87	87	1	2	1504	1480
Tolima	139	149	1	1	505	644	13	15	2751	3036
Valle del Cauca	278	346	0	0	616	864	17	22	6175	6046
Vaupés	4	5	0	0	17	26	0	0	259	397
Vichada	31	30	0	0	31	22	1	0	219	219
Total nacional	8.112	8.545	15	21	15.464	18.576	422	456	131.293	130.483

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

Salud

Instituto Nacional de Salud

Semana epidemiológica 42

18 al 24 de octubre de 2026

TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de la parálisis flácida aguda en Colombia, a periodo epidemiológico X de 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

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Boletín Epidemiológico Semanal

Autora: tema central: Adriana Marcela Monje Rodríguez. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz, Natalí Paola Cortés Molano, Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez, Paola Andrea Benavides Barcenas. **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. **Brotes y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Mónica Carolina Carreño Niño, Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Diana Lucero Rivera, Claudia Marcela Montaño Fuertes, Alejandra Margarita Muñoz Suárez, Lady Alexandra Castillo Vargas. **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.

50 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: *https://doi.org/10.33610/23576189.2026.42*