

Leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral en Colombia

Comprender dónde, cómo y en quiénes persiste la leishmaniasis es fundamental para anticipar su transmisión y fortalecer las acciones oportunas y efectivas de salud pública.

Semana
epidemiológica


21 al 27 de junio de 2026

25



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

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

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

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

	Situación nacional	13
	Mortalidad	15
	Eventos trazadores	23
	Brotes y alertas	42
	Tablas de mando por departamento	46



TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de la leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral en Colombia con corte a la semana epidemiológica 24 de 2026

María Alejandra Cabrera Polanía, mcabrera@ins.gov.co

La leishmaniasis es un complejo de enfermedades zoonóticas transmitidas por vectores, causadas por parásitos protozoarios flagelados del género *Leishmania*, pertenecientes a la familia *Trypanosomatidae*. En humanos, su expresión clínica es diversa y puede comprometer la piel, las mucosas o las vísceras, dependiendo de la interacción entre la especie parasitaria, los vectores involucrados, los reservorios y diversos factores asociados al huésped. Esta heterogeneidad condiciona diferencias importantes en la presentación clínica, la distribución geográfica y la dinámica epidemiológica de la enfermedad (1,2).

El género *Leishmania* comprende alrededor de 22 especies patógenas para el ser humano, agrupadas en los subgéneros *Leishmania* y *Viannia*, de las cuales 15 han sido identificadas en la región de las Américas. La transmisión ocurre principalmente a través de la picadura de hembras infectadas de flebotomos de la subfamilia *Phlebotominae* (familia *Psychodidae*), insectos hematófagos ampliamente distribuidos en zonas tropicales y subtropicales. En las Américas, los vectores del género *Lutzomyia* representan los principales transmisores de importancia en salud pública y participan en ciclos de transmisión complejos que involucran múltiples reservorios animales (3,4).

Clínicamente, la leishmaniasis se clasifica en tres formas principales: cutánea, mucosa y visceral. La forma cutánea es la manifestación más frecuente y se caracteriza por lesiones en piel que pueden progresar a ulceración y dejar cicatrices permanentes. La leishmaniasis mucosa afecta principalmente las mucosas de la cavidad nasal y oral, con potencial de generar destrucción tisular, deformidades y discapacidad. Por su parte, la leishmaniasis visceral constituye la forma más grave de la enfermedad. En América Latina se asocia principalmente a *Leishmania infantum* y a vectores como *Lutzomyia longipalpis* y *Lutzomyia evansi*, y se manifiesta como un síndrome sistémico caracterizado por fiebre prolongada, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y alteraciones hematológicas, con riesgo de desenlace fatal en ausencia de diagnóstico y tratamiento oportunos (1,3).

La persistencia y expansión de la leishmaniasis responden a la interacción compleja de factores biológicos, ambientales, sociales y económicos que condicionan su transmisión y mantenimiento en distintos territorios. Determinantes como la pobreza, la migración, la movilidad poblacional, la urbanización no planificada, así como las transformaciones ambientales y climáticas, han favorecido modificaciones en los ecosistemas y en la distribución de vectores y reservorios, alterando los patrones epidemiológicos de la enfermedad. Esta dinámica ha reforzado la necesidad de abordajes integrales para su vigilancia, prevención y control, consolidando el enfoque de Una Salud como un marco conceptual y

operativo que reconoce la interdependencia entre la salud humana, animal y ambiental en la comprensión de la transmisión de las leishmaniasis (2,5).

A nivel mundial, la leishmaniasis continúa siendo una de las enfermedades tropicales desatendidas de mayor importancia en salud pública, con más de 12 millones de personas infectadas y más de mil millones de personas en riesgo, con transmisión documentada en 99 países de cinco continentes (4). La región de las Américas mantiene una importante relevancia epidemiológica. Entre 2001 y 2024, los países endémicos notificaron 1 208 461 casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, con una tendencia regional sostenida al descenso desde 2005; en 2024 se registró el menor número de casos del período (30 036). Sin embargo, la transmisión persiste en áreas de alta intensidad y concentración geográfica, como Brasil, Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela que aportan el 82,0 % de los casos notificados en la región. En cuanto a la leishmaniasis visceral, entre 2001 y 2024 se notificaron 74 440 casos, con una reducción progresiva en la última década, aunque con persistencia de focos activos, incremento de la letalidad y expansión de la coinfección con VIH, lo que continúa representando un desafío para los programas de vigilancia y control (6).

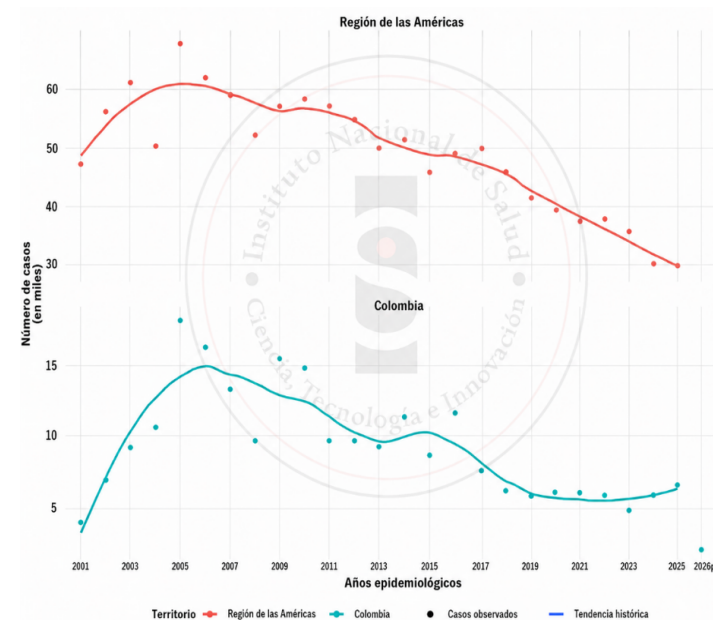
4

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsa la iniciativa para la eliminación de más de 30 enfermedades transmisibles y condiciones relacionadas en la región de las Américas, entre ellas la leishmaniasis visceral, mediante intervenciones integradas y basadas en evidencia orientadas al cumplimiento de metas de eliminación y control (7). En Colombia, esta prioridad se articula con el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias 2025–2031, adoptado mediante la Resolución 0119 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social, que incluye la leishmaniasis visceral como evento priorizado para su eliminación como problema de salud pública. En este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo técnico del Instituto Nacional de Salud (INS) y la implementación territorial correspondiente, establece acciones orientadas a reducir la letalidad, fortalecer la vigilancia epidemiológica, mejorar el diagnóstico oportuno y garantizar la atención integral en territorios endémicos y poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad (8).

En Colombia, entre 2001 y 2025, la leishmaniasis cutánea y mucosa presentó una mediana anual de 9 267 casos, rango intercuartílico (RIC: 6 185-11 572), con una tendencia histórica general al descenso, particularmente desde 2015, con excepción de 2025 cuando se observó un incremento del 11,0 % respecto a 2024. Este comportamiento es consistente con el de la región de las Américas,

donde la tendencia regional muestra una reducción sostenida desde 2005 y Colombia figuró entre los países con incremento de casos en los dos últimos años. En 2026, con corte a la semana epidemiológica 24, se han notificado 2 133 casos, de los cuales el 98,6 % (2 104) corresponden a leishmaniasis cutánea y el 1,3 % (29) a leishmaniasis mucosa, manteniéndose la transmisión activa del evento en el país (figura 1).

Figura 1. Tendencia de la notificación de leishmaniasis cutánea, región de las Américas y Colombia, Colombia 2001-2026p

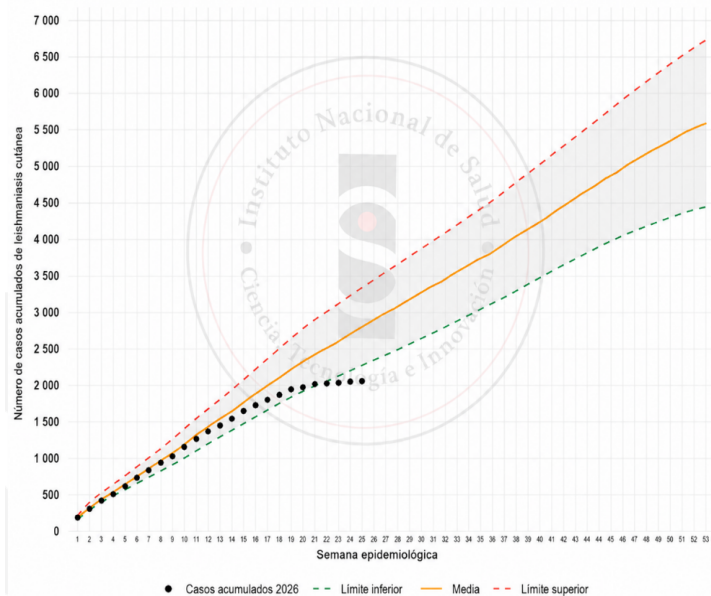


Fuente: Datos abiertos SisLeish 2001-2024, Organización Panamericana de la Salud e Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 420 y 430, 2001-2026 (datos preliminares). p: datos preliminares

Para 2026, hasta la semana epidemiológica 24 (datos preliminares), el canal endémico acumulado para leishmaniasis cutánea, según la metodología de Bortman, evidenció, un comportamiento dentro del rango histórico esperado, con una trayectoria acumulada que se mantuvo entre el límite inferior y la media del canal. Durante las primeras semanas epidemiológicas, la notificación presentó una acumulación inferior a la esperada, seguida de un incremento progresivo y sostenido desde la semana epidemiológica 08, con aproximación a la tendencia central histórica hacia la semana epidemiológica 20. Para el periodo analizado, el

acumulado de 2 104 casos se ubica por debajo de la media histórica esperada y desde la semana epidemiológica 21 por debajo del límite inferior, posiblemente relacionado con el rezago en la notificación del evento (figura 2).

Figura 2. Canal endémico* de la leishmaniasis cutánea, Colombia, semana epidemiológica 24 de 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 420, a semana epidemiológica 24 de 2026 / datos preliminares).
*Metodología de Bortman acumulada, p: datos preliminares

A semana epidemiológica 24 de 2026, la leishmaniasis cutánea en Colombia se presentó predominantemente en el sexo masculino (73,1 %), con una mediana de edad de 27 años (RIC: 19–41; rango: 3 meses – 91 años). Por sexo, los hombres registraron una menor mediana de edad (26 años; RIC: 19–39) en comparación con las mujeres (32 años; RIC: 14–47). La mayoría de los casos correspondió a población de nacionalidad colombiana (98,6 %) y procedente de áreas rurales dispersas (75,0 %). Según ocupación, las categorías con mayor frecuencia fueron hogar (44,8 %), militares (17,9 %) y agricultores (17,1 %). En cuanto al aseguramiento en salud, predominó el régimen subsidiado (66,1 %), seguido del régimen de excepción (19,0 %) y contributivo (11,7 %). Respecto a la pertenencia étnica, se identificó una mayor frecuencia en población indígena (7,0 %) y negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente (4,5 %) (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la leishmaniasis cutánea, Colombia, 2026p

Variable	Categoría	n	%	
Sexo	Masculino	1 537	73,1	
	Femenino	567	26,9	
Nacionalidad	Colombia	2 075	98,6	
	Venezuela	29	1,4	
Área de procedencia	Rural dispersa	1 577	75	
	Cabecera municipal	332	15,8	
	Centro poblado	195	9,3	
Ocupación agrupada	Hogar	942	44,8	
	Militares	377	17,9	
	Agricultores	359	17,1	
	Otras ocupaciones	334	15,9	
Régimen de salud	Mineros	92	4,4	
	Subsidiado	1 391	66,1	
	Excepción	399	19	
	Contributivo	247	11,7	
	No asegurado	55	2,6	
Pertenencia étnica	Indeterminado	9	0,4	
	Especial	3	0,1	
	Otro	1 859	88,4	
	Indígena	148	7,0	
Edad (años)	Negro, Mulato, Afrocolombiano	94	4,5	
	ROM, Gitano	3	0,1	
Grupo	n	Mediana	RIC	Rango
Femenino	567	32	14,0–47,0	3 meses – 91 años
Masculino	1 537	26	19,0–39,0	5 meses – 91 años
Total	2 104	27	19,0–41,0	3 meses – 91 años

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 420, a semana epidemiológica 24 de 2026 (datos preliminares) p: datos preliminares

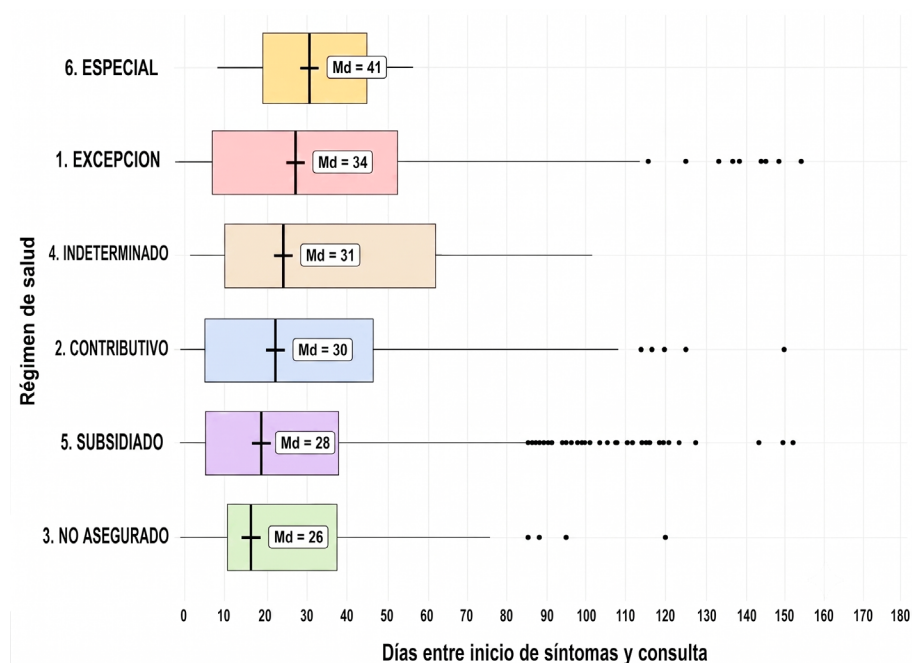
En cuanto a las características clínicas, la localización anatómica más frecuente de las lesiones correspondió a miembros superiores, presente en el 44,9 % (944) de los casos, seguida de miembros inferiores con 40,8 % (859), cara con 16,1 % (339) y tronco con 12,9 % (271). Al analizar esta distribución según ocupación, se observó un predominio consistente de las lesiones en miembros superiores en todos los grupos ocupacionales, con mayor proporción en mineros (51,1 %) y agricultores (47,6 %). Por su parte, las lesiones en miembros inferiores fueron más frecuentes en personas dedicadas al hogar (45,8 %) y agricultores (40,4 %), mientras que las lesiones faciales mostraron mayor proporción en militares (22,5 %). La rinorrea como síntoma asociado fue infrecuente, documentada en el 0,05 % (1) de los casos; adicionalmente, la coinfección con VIH se registró en el 0,1 % (3) y el antecedente de tratamiento previo en el 6,7 % (141) de los casos notificados (figura 3).

Figura 3. Características clínicas de leishmaniasis cutánea, Colombia, 2026p



En relación con la oportunidad de atención, el tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta presentó una mediana global de 30 días (RIC: 15-52), con un rango entre 0 y 154 días. Al discriminar por régimen de aseguramiento y Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB), se observaron diferencias en la distribución de los tiempos de consulta, con medianas entre 26 y 41 días y amplitudes intercuartílicas variables entre grupos. Estas diferencias deben interpretarse con cautela, dado que pueden estar influenciadas por el tamaño desigual de los subgrupos, la concentración territorial de los casos, las rutas diferenciales de atención, la posibilidad de sesgo por severidad o memoria, dado el tiempo de evolución del evento, y otros factores no medidos (figuras 4 y 5).

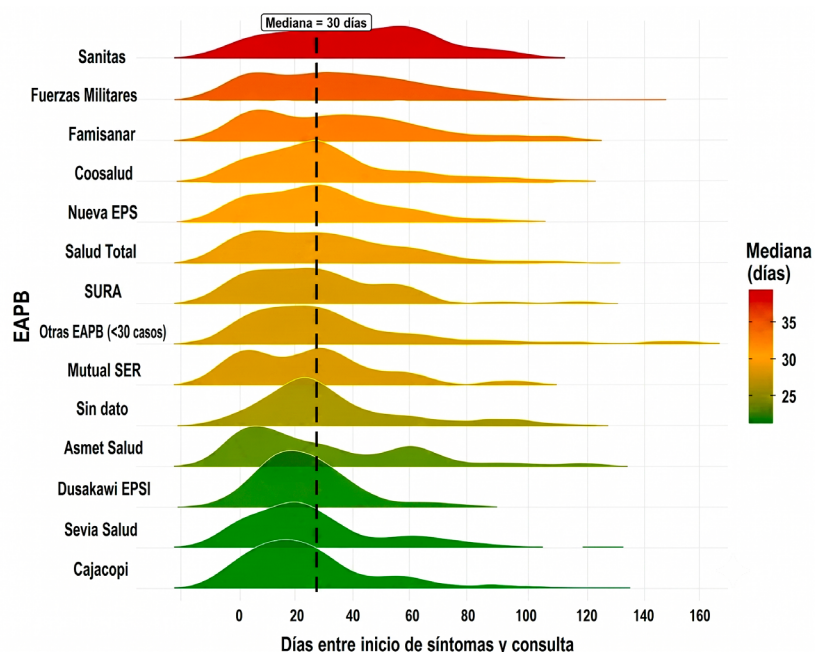
Figura 4. Tiempo entre inicio de síntomas y consulta según régimen de salud, leishmaniasis cutánea, Colombia, 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 420, a semana epidemiológica 24 de 2026 (datos preliminares)
p: datos preliminares, Md: mediana

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 420, a semana epidemiológica 24 de 2026 (datos preliminares)
p: datos preliminares

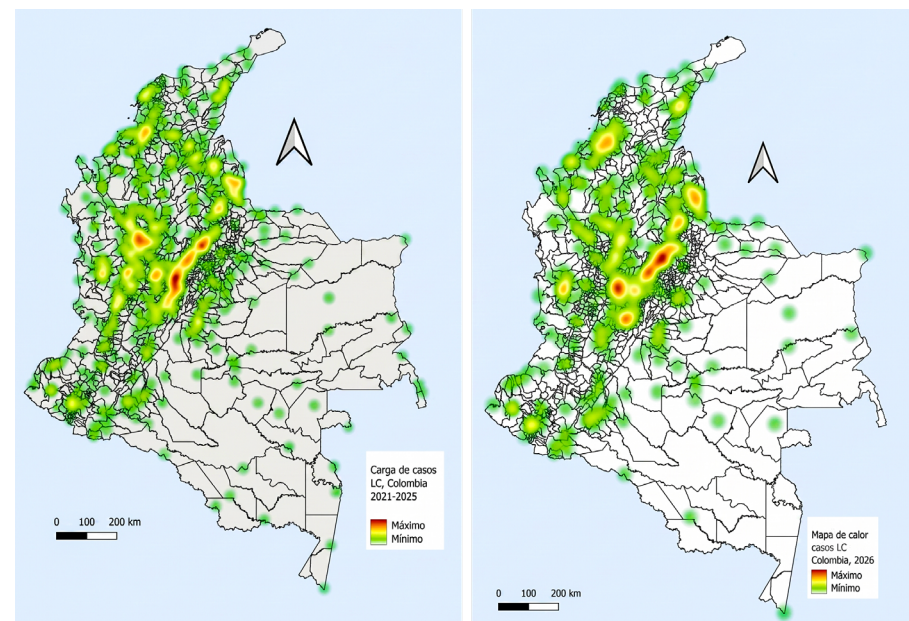
Figura 5. Tiempo entre inicio de síntomas y consulta según Empresa Administradora de Planes de Beneficios, leishmaniasis cutánea, Colombia 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 420, a semana epidemiológica 24 de 2026 (datos preliminares)
p: datos preliminares

El análisis espacial evidenció un patrón no aleatorio de la leishmaniasis cutánea en Colombia, caracterizado por la persistencia de focos históricos y la continuidad de áreas de transmisión activa. La carga acumulada de casos entre 2021 y 2025 muestra un corredor de alta concentración que se extiende desde el noroccidente del país, atraviesa el Magdalena Medio y se prolonga hacia sectores de la Orinoquía y la Amazonía, con focos adicionales en municipios del Pacífico. Al contrastar este comportamiento con la intensidad de transmisión observada en 2026, se identifica una superposición espacial importante en este mismo corredor, particularmente en territorios de Antioquia, Santander, Boyacá, Meta y Caquetá, lo que evidencia la persistencia de condiciones ecológicas y epidemiológicas favorables para la transmisión (mapa 1).

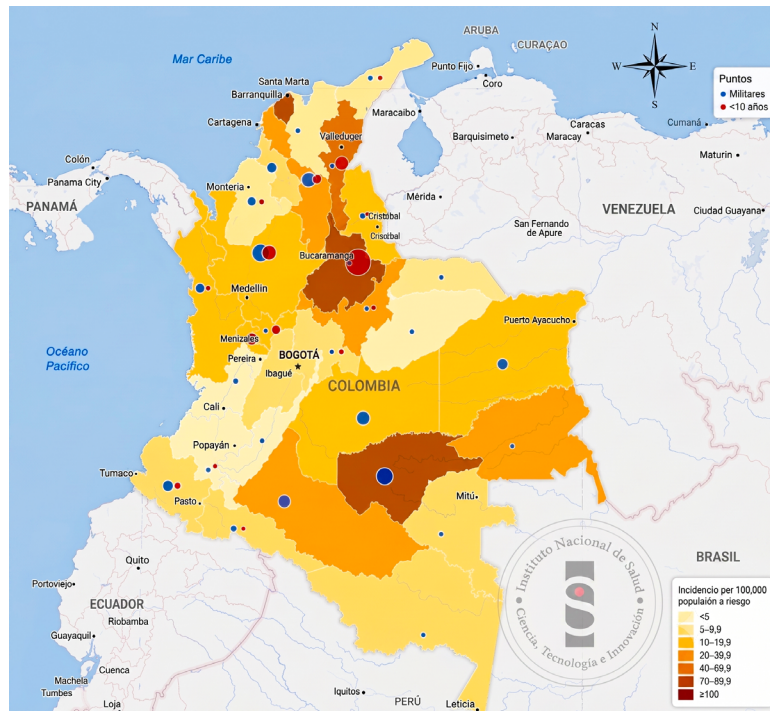
Mapa 1. Focos históricos e intensidad de transmisión de leishmaniasis cutánea, Colombia, 2021-2025 y 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 420, 2021-2025 y 2026 hasta semana epidemiológica 24 (datos preliminares)

En concordancia con este patrón espacial, la distribución por procedencia y las tasas de incidencia muestran concentración de casos en departamentos históricamente endémicos. A semana epidemiológica 24 de 2026, la incidencia acumulada nacional de leishmaniasis cutánea fue de 21,4 casos por 100 000 habitantes a riesgo (2 104 casos), mientras que en menores de 10 años fue de 2,2 por 100 000 (216 casos). Las incidencias más altas se registraron en Atlántico, Guaviare, Santander y Cesar. En departamentos como Guaviare, Vichada, Meta y Caquetá una proporción importante de la carga estuvo asociada a población militar, lo que sugiere un componente relevante de exposición ocupacional. Por otra parte, la ocurrencia de casos en menores de 10 años, principalmente en Santander, Cesar, Antioquia y Bolívar, constituye un indicador epidemiológico de transmisión peri o intradomiciliaria, reflejando la coexistencia de escenarios de transmisión ocupacional y domiciliaria en el país (mapa 2).

Mapa 2. Distribución territorial de la tasa de incidencia de leishmaniasis cutánea y localización de casos en población militar y menores de 10 años. Colombia, 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 420, 2026 a semana epidemiológica 24 (datos preliminares).
p: datos preliminares

Leishmaniasis mucosa

A semana epidemiológica 24 de 2026, se han notificado 29 casos confirmados de leishmaniasis mucosa en Colombia. La distribución por sexo mostró un predominio en el sexo masculino, con el 75,9 % (22) de los casos. La edad presentó una mediana de 25 años (RIC: 22,5–27,5), con un rango entre 20 y 36 años, evidenciando concentración en adultos jóvenes, particularmente en el grupo de 25 a 29 años (24,1 %). Por régimen de aseguramiento, predominó el subsidiado con el 58,6 % (17), seguido del régimen de excepción con el 37,9 % (11). La mayor proporción se concentró en estratos socioeconómicos bajos, especialmente en estrato 1 (51,7 %). En cuanto a la ocupación, los militares representaron el grupo más frecuente (37,9 %), seguidos de los agricultores (31,0 %). Respecto al área

de procedencia, el 62,1 % (18) de los casos procedieron de cabecera municipal, seguido de centros poblados (20,7 %) y áreas rurales dispersas (17,2 %) (tabla 2).

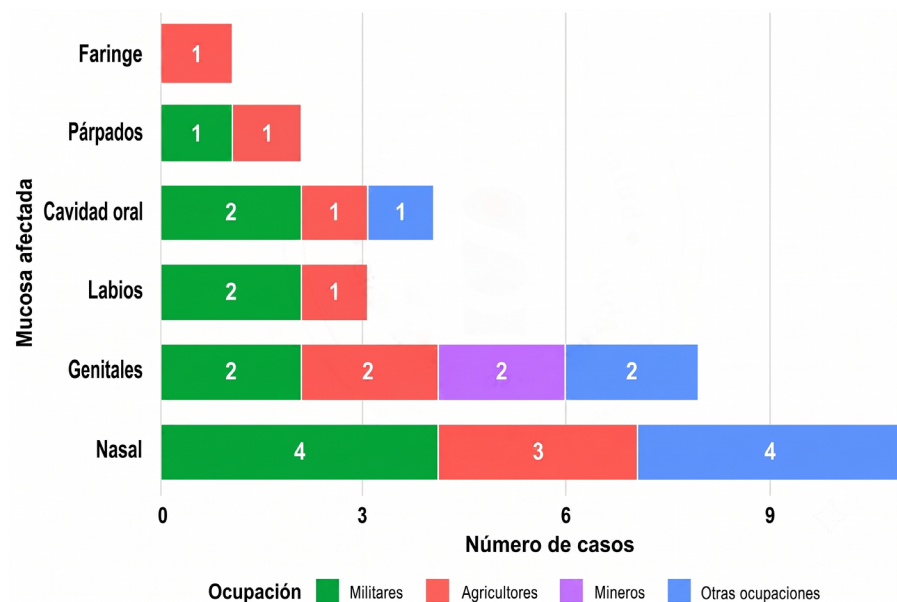
Tabla 2. Características sociodemográficas de leishmaniasis mucosa, Colombia, 2026p

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Masculino	22	75,9
	Femenino	7	24,1
Área de procedencia	Rural dispersa	18	62,1
	Cabecera municipal	6	20,7
	Centro poblado	5	17,2
Ocupación agrupada	Militares	11	37,9
	Agricultor	9	31
	Hogar	5	17,2
	Otras ocupaciones	2	6,9
	Mineros	2	6,9
Régimen de salud	Subsidiado	17	58,6
	Excepción	11	37,9
	Contributivo	1	3,4
Estrato socioeconómico	1	15	51,7
	2	12	41,4
	3	1	3,4
Edad			
n	Mediana	RIC	Rango
29	25	22,5–27,5	20–36

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 430, 2026 a semana epidemiológica 24 (datos preliminares).
p: datos preliminares

En relación con las características clínicas, la localización anatómica más frecuente correspondió al compromiso nasal, con mayor concentración en adultos jóvenes entre 25 y 34 años, seguida del compromiso genital y, en menor proporción, de cavidad oral, párpados, labios y faringe. Al analizar esta distribución según ocupación, los militares y los agricultores concentraron la mayor diversidad de sitios anatómicos comprometidos, con predominio de lesiones nasales y genitales; en contraste, los mineros presentaron exclusivamente compromiso genital en los casos notificados. En conjunto, estos hallazgos evidencian variabilidad en la expresión clínica de la enfermedad, con predominio de compromiso mucoso nasal y patrones diferenciales según edad y ocupación (figura 6).

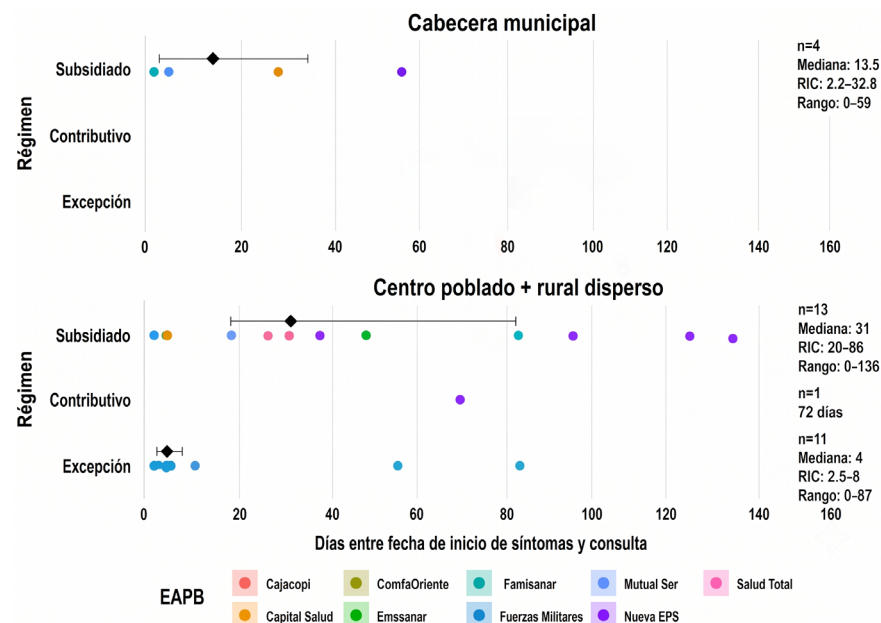
Figura 6. Características clínicas de la leishmaniasis mucosa, Colombia, 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 430, 2026 a semana epidemiológica 24 (datos preliminares).
p: datos preliminares

En cuanto a la oportunidad de consulta, el tiempo transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y la consulta presentó una mediana de 20 días (RIC: 3–59), con un rango entre 0 y 136 días. Al discriminar por área de residencia y régimen de aseguramiento, se observó mayor dispersión en los casos procedentes de centros poblados y áreas rurales dispersas, mientras que en cabecera municipal los tiempos tendieron a ser menores y menos variables (figura 7).

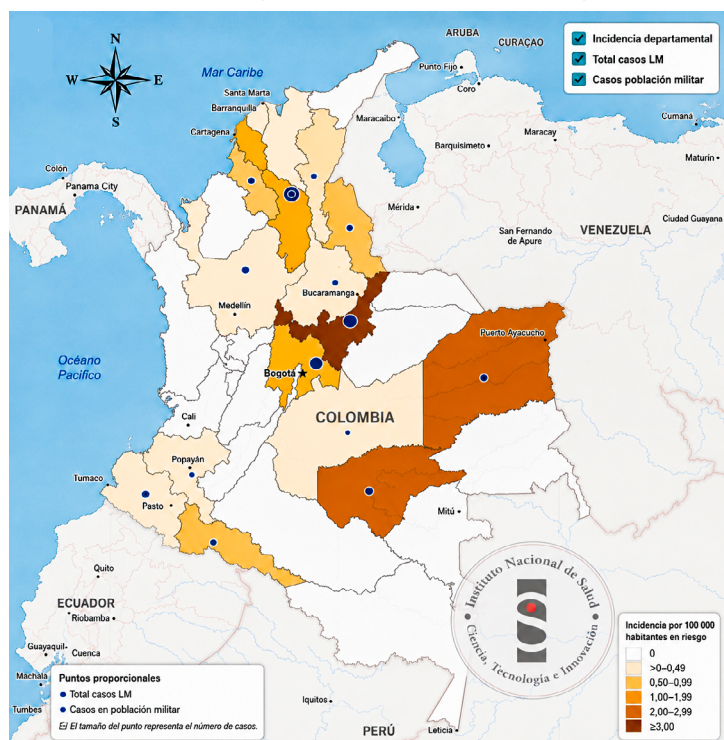
Figura 7. Tiempo entre inicio de síntomas y consulta según régimen de aseguramiento y área de residencia, leishmaniasis mucosa, Colombia, 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 430, 2026 a semana epidemiológica 24 (datos preliminares).
p: datos preliminares

Finalmente, en la distribución del evento por entidad territorial de procedencia, a semana epidemiológica 24 de 2026 las incidencias por 100 000 habitantes a riesgo más altas se registraron en Boyacá (3,50), Guaviare (2,50), Vichada (2,29) y Bolívar (1,62). De manera adicional, se observó una participación importante de población militar en varios departamentos, particularmente en Santander, Sucre y Meta, donde el 100,0 % de los casos correspondieron a este grupo, así como en Antioquia, Nariño, Norte de Santander y Vichada, donde representaron el 50,0 %, y en Bolívar con el 33,3 %, evidenciando un componente ocupacional relevante en la distribución territorial del evento. En conjunto, para el país la incidencia acumulada de leishmaniasis mucosa fue de 0,29 casos por 100 000 habitantes a riesgo (29 casos) (mapa 3).

Mapa 3. Distribución territorial de la tasa de incidencia de leishmaniasis mucosa y proporción de casos en población militar Colombia, 2026p

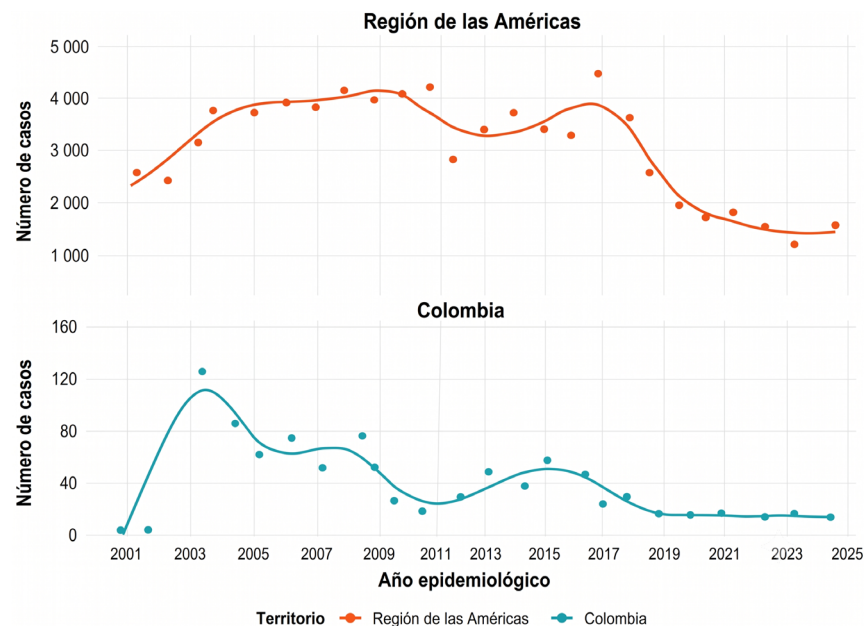


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 430, 2026 a semana epidemiológica 24 (datos preliminares). p: datos preliminares

Leishmaniasis visceral

En Colombia, entre 2001 y 2025, la leishmaniasis visceral presentó una mediana anual de 16 casos (RIC: 7-30), con un comportamiento fluctuante y de baja frecuencia, y una tendencia general al descenso con estabilización en valores inferiores a 20 casos anuales durante la última década. Este comportamiento es consistente con lo descrito por la OPS para la región de las Américas, que registra una reducción del 22,0 % en el promedio anual durante el periodo 2013-2024 en comparación con el periodo 2001-2012. Para 2026, con corte a la semana epidemiológica 24, se ha notificado un caso confirmado de leishmaniasis visceral procedente de San Andrés de Sotavento (Córdoba) municipio históricamente endémico (figura 8).

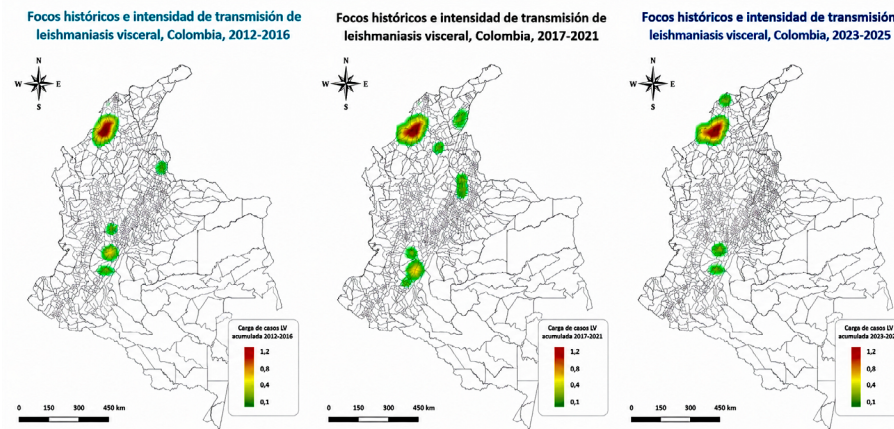
Figura 8. Tendencia de notificación de leishmaniasis visceral, región de las Américas y Colombia, Colombia 2001-2025



Fuente: Datos abiertos SisLeish 2001-2024, Organización Panamericana de la Salud e Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 440, 2001-2025.

El análisis temporal de los focos históricos e intensidad de transmisión de la leishmaniasis visceral en Colombia evidencia un patrón espacial persistente y focalizado. Durante el periodo 2012-2016, la mayor concentración de casos se localizó en la región Caribe, particularmente en el departamento de Córdoba, con focos secundarios aislados en el centro del país. Entre 2017 y 2021, este patrón se mantuvo, con persistencia del foco principal en el Caribe y la aparición de focos de menor intensidad en territorios del centro y nororiente. Para el periodo 2023-2025, se observa nuevamente la consolidación del foco histórico en Córdoba y la permanencia de focos secundarios en municipios previamente afectados, lo que evidencia estabilidad espacial de la transmisión y persistencia de áreas endémicas. En conjunto, estos hallazgos muestran que la leishmaniasis visceral en Colombia mantiene un comportamiento focal, con concentración histórica y reciente en territorios específicos, principalmente en la región Caribe (mapa 4).

Mapa 4. Focos históricos e intensidad de transmisión de leishmaniasis cutánea, Colombia, 2012-2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 440 2012 - 2025.

Finalmente, a semana epidemiológica 24 de 2026, se ha notificado un caso confirmado de leishmaniasis visceral en Colombia, correspondiente a un hombre de 29 años con antecedente de infección por VIH e inmunosupresión severa. El caso presentó un cuadro clínico caracterizado por fiebre prolongada, disnea, tos, dolor torácico, pancitopenia severa y esplenomegalia, con confirmación diagnóstica mediante aspirado y biopsia de médula ósea con visualización de amastigotes de *Leishmania*. La tasa de incidencia preliminar nacional a semana epidemiológica 24 de 2026 es de 0,01 casos por 100 000 habitantes a riesgo, manteniéndose la ocurrencia del evento en territorios históricamente endémicos y en poblaciones con condiciones de inmunosupresión.

Conclusiones

- La leishmaniasis en Colombia mantiene una transmisión activa y territorialmente focalizada, con patrones epidemiológicos diferenciados según la forma clínica. La leishmaniasis cutánea continúa representando la mayor carga de enfermedad, con circulación sostenida en corredores históricos de transmisión, reflejando la persistencia de condiciones ecológicas favorables para la interacción entre vectores, reservorios y población humana.
- La distribución de casos de leishmaniasis cutánea evidencia distintos escenarios de transmisión. La alta proporción de casos en población militar

y en actividades rurales como agricultura y minería refleja la importancia de la exposición ocupacional en ciclos de transmisión predominantemente silvestres, asociados a actividades laborales en áreas boscosas y de frontera agrícola. De forma complementaria, la ocurrencia de casos en menores de 10 años en departamentos endémicos constituye un indicador indirecto de transmisión peri o intradomiciliaria, sugiriendo proximidad del ciclo de transmisión a los entornos habitacionales.

- La leishmaniasis mucosa, aunque de menor frecuencia, mantiene un comportamiento focal y predominantemente en población adulta joven, con participación relevante de militares y agricultores, lo que evidencia continuidad de exposiciones ocupacionales en territorios de transmisión activa. Su predominio en mucosa nasal y la persistencia de formas genitales y orales reflejan la diversidad clínica y anatómica del compromiso mucoso en el país.
- La leishmaniasis visceral conserva un comportamiento de baja frecuencia, pero con alta focalización espacial y persistencia en focos históricos consolidados, especialmente en la región Caribe. La estabilidad de estos focos y la ocurrencia de casos en personas con inmunosupresión refuerzan el carácter focal, oportunista y potencialmente grave de esta forma clínica, en un contexto donde la transmisión depende de complejas interacciones entre vectores, reservorios domésticos, principalmente caninos y condiciones socioambientales.
- En conjunto, los hallazgos muestran que la epidemiología de la leishmaniasis en Colombia responde a múltiples escenarios de transmisión y a determinantes ecológicos, ocupacionales y sociales que condicionan su persistencia. La identificación de focos históricos, patrones de dispersión y grupos poblacionales de mayor exposición aporta elementos clave para comprender la dinámica del evento y orientar las acciones de vigilancia y control en el país.

Recomendaciones

- A los equipos de vigilancia en salud pública de las entidades territoriales de salud y UPGD: fortalecer la vigilancia en salud pública de las leishmaniasis mediante la notificación individual e inmediata de los casos probables visceral y semanal de los casos confirmados de leishmaniasis cutánea y mucosa, garantizando la calidad del dato y los ajustes oportunos en el Sivigila, así como, la búsqueda

activa institucional en territorios con persistencia de focos históricos y alta intensidad de transmisión, especialmente en corredores endémicos de leishmaniasis cutánea y en focos de leishmaniasis visceral, con énfasis en población expuesta por actividades ocupacionales y en menores de 10 años como población centinela de posible transmisión peri o intradomiciliaria.

- A los equipos funcionales de leishmaniasis en las entidades territoriales de salud: fortalecer la articulación entre vigilancia en salud pública, entomología, laboratorio departamental de salud pública y programa de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) para la investigación de focos, caracterización ecoepidemiológica de los escenarios de transmisión, identificación de reservorios, monitoreo de vectores y respuesta integral ante cambios inusuales de comportamiento del evento.
- A los equipos funcionales de leishmaniasis en las entidades territoriales de salud, UPGD y EAPB: fortalecer la sospecha clínica y capacidad diagnóstica de todas las formas clínicas de leishmaniasis en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y EAPB, promoviendo su identificación, diagnóstico y garantía de tratamiento oportuno, con especial énfasis en la leishmaniasis visceral en población infantil y con condiciones de inmunosupresión.

12

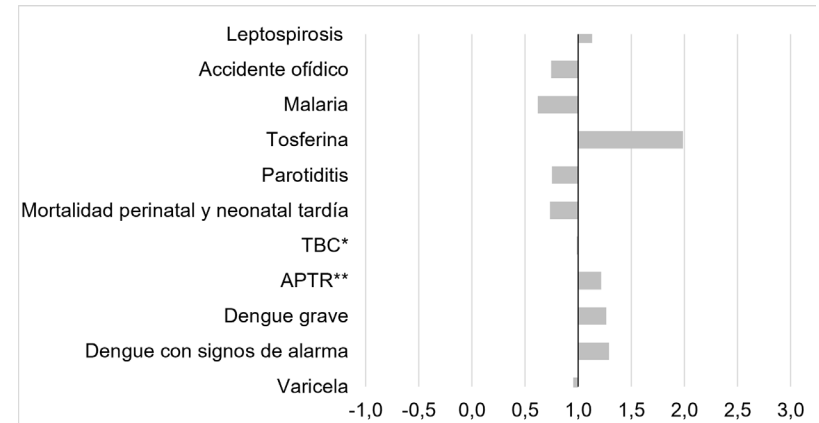
Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud, De Las R, Ops A. Manual de procedimientos para la vigilancia y el control de las Leishmaniasis en la región de Las Américas [Internet]. versión 2. 2023 [citado el 4 de junio de 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/37105bd1-3dfd-40af-92c4-feb6ac985a62/content>
2. Mann S, Frasca K, Scherrer S, Henao-Martínez AF, Newman S, Ramanan P, et al. A Review of Leishmaniasis: Current Knowledge and Future Directions. *Curr Trop Med Rep.* 2021;8(2):121–32. doi:10.1007/s40475-021-00232-7 PubMed PMID: 33747716.
3. Maxfield L, Crane JS. Leishmaniasis. Treasure Island, Florida (FL), Estados Unidos: StatPearls Publishing; 2023. PubMed PMID: 30285351.
4. Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis [Internet]. [citado el 4 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/leishmaniasis>

5. Cosma C, Maia C, Khan N, Infantino M, Del Riccio M. Leishmaniasis in Humans and Animals: A One Health Approach for Surveillance, Prevention and Control in a Changing World. *Trop Med Infect Dis.* el 28 de octubre de 2024;9(11):258. doi:10.3390/tropicalmed9110258
6. Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis: Informe epidemiológico de la Región de las Américas [Internet]. Washington, D.C; diciembre de 2025 [citado el 4 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/PAHO-CDE-AFT-25-0029>
7. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/iniciativa-eliminacion>. 2019. Iniciativa para la eliminación de enfermedades 30.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan nacional de eliminación de la leishmaniasis visceral 2025 - 2031. Bogotá D.C; febrero de 2026.

Para la semana epidemiológica 25 de 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 9).

Figura 9. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 25 de 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 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 25 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	93 618	91 590	0,89	0,37

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

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 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 25 del 2026 el evento zika se encontró por encima de los esperado mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	7	2	0,01
Leishmaniasis cutánea	7	89	0,00
Mortalidad por dengue	7	5	0,09
Lepra	4	5	0,16
Chikunguña	1	1	0,37
Leishmaniasis mucosa	0	1	1,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	1	1,00

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

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

Para esta semana epidemiológica la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 25 de 2025. Para esta semana epidemiológica el país cumplió con la meta para este nivel de información.

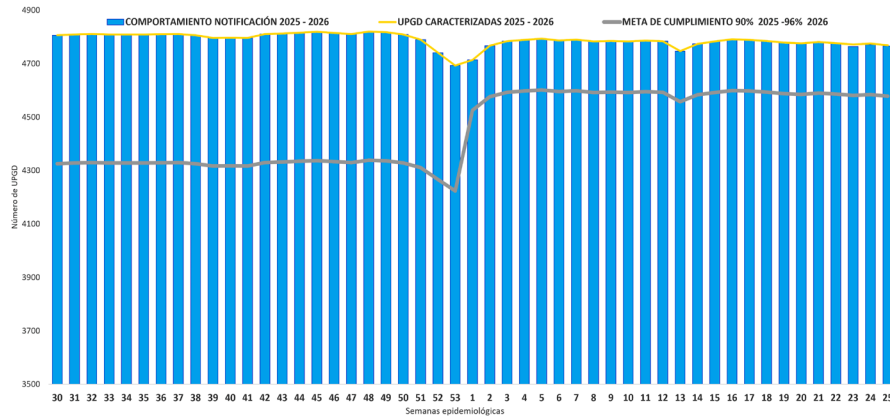
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior e incrementando en 0,18 % con respecto a la semana epidemiológica 25 de 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 99,94 % (4 766 / 4 769); observando un aumento del 0,02 % con respecto a la semana epidemiológica anterior y con un comportamiento igual con respecto a la semana epidemiológica 25 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

En relación con el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 25 de 2026, a nivel nacional se detectó que el 0,06 % de las UPGD caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico, estas corresponden a UPGD de las entidades territoriales de Cauca (1) y Cesar (2).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el periodo 2025-2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 578 UPGD en la semana epidemiológica analizada (figura 10).

Figura 10. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 25 de 2026



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 25 del 2026, se han notificado 319 muertes probables en menores de cinco años, siete (7) casos de infección respiratoria aguda (IRA), uno (1) de desnutrición (DNT) aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda (EDA) residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 310 casos notificados de residentes en Colombia, 191 fueron por IRA, 59 DNT aguda y 60 por EDA. De estos casos, 117 fueron confirmados, 50 descartados y 143 se encuentran en estudio (tabla 5).

Tabla 5. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 25 2026			Casos en estudio a SE 25 2026			Tasa a SE 25 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	27	64	26	27	91	25	0,74	1,76	0,71
Antioquia	2	7	0	3	15	2	0,48	1,67	0,00
Arauca	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00	4,30
Atlántico	0	2	0	0	0	0	0,00	1,69	0,00
Barranquilla	0	3	0	1	1	1	0,00	3,71	0,00
Bogotá, D.C.	0	2	0	0	13	0	0,00	0,47	0,00
Bolívar	2	4	0	1	1	0	1,83	3,66	0,00
Boyacá	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	1	1	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	0	0	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	3	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	1	0	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	1	1	1	2	0	0,00	0,82	0,82
Cesar	1	4	1	4	3	2	0,75	2,98	0,75
Chocó	7	10	7	9	6	5	10,82	15,46	10,82
Córdoba	1	3	0	0	4	0	0,59	1,77	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	5	1	0,00	0,88	0,00
Huila	0	1	1	0	2	0	0,00	0,95	0,95
La Guajira	9	2	5	2	12	4	8,06	1,79	4,48
Magdalena	0	2	2	0	0	1	0,00	2,23	2,23
Meta	0	3	0	0	3	3	0,00	3,52	0,00
Nariño	0	3	1	0	2	1	0,00	2,40	0,80
Norte de Santander	0	3	0	1	1	0	0,00	2,61	0,00
Putumayo	1	0	1	0	0	1	2,99	0,00	2,99
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	2	2	0	4	0	0,00	3,39	3,39
Santa Marta	0	0	1	1	0	0	0,00	0,00	2,30
Santander	0	1	1	0	2	0	0,00	0,66	0,66
Sucre	0	1	0	0	0	1	0,00	1,15	0,00
Tolima	0	1	0	1	3	1	0,00	1,09	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	0	3	1	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	4	0	0	2	3	0	23,54	0,00	0,00

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 25 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 25 del 2026 se han notificado 191 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 30 confirmadas por laboratorio, 34 confirmadas por clínica, 36 descartadas, y 91 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,76 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 25 fueron 135, para una tasa de mortalidad de 3,66 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 25 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá D.C, Santiago de Cali, La Guajira y Norte de Santander y, a nivel municipal, en Dabeiba y Puerto Gaitán. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 25 de 2026 son *Bordetella pertussis*, *Rhinovirus* y *Enterovirus* entre otros (tabla 6)

Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 25, 2025-2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Bordetella pertussis</i>	7	0	0	0	0	7	11	0	0	0	0	11
<i>Rhinovirus</i>	8	2	4	1	0	15	6	0	1	2	1	10
<i>Enterovirus</i>	7	1	2	1	0	11	3	0	0	2	1	6
<i>Staphylococcus aureus</i>	6	1	1	0	0	8	5	0	0	0	0	5
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	2	0	1	0	5	2	1	0	1	1	5
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	1	1	2	0	0	4	5	0	0	0	0	5
<i>Haemophilus influenzae B</i>	6	4	0	1	0	11	3	0	0	1	0	4
<i>Adenovirus</i>	3	0	1	1	1	6	1	0	0	2	0	3
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	3	0	0	0	5	2	0	0	0	1	3
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2
<i>Parainfluenza tipo 1</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	3	1	0	1	0	5	1	0	0	0	0	1
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A</i>	2	0	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza B</i>	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	54	19	12	7	1	93	44	1	2	9	4	60

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 25 de 2026 se han notificado 59 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 27 confirmadas, cinco (5) descartadas y 27 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,74 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 25 fue de 84, para una tasa de mortalidad de 2,28 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 25 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Chocó, La Guajira, Magdalena, Meta, Risaralda y Valle del Cauca, y a nivel municipal en Medio Baudó, Riohacha, en Uribia, Ciénaga y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 25 de 2026 se han notificado 60 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 24 confirmadas por clínica, dos (2) confirmada por laboratorio, nueve (9) descartadas y 25 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,71 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 25 fue de 40 para una tasa de mortalidad de 1,08 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 25 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de La Guajira, y a nivel municipal, en Bagadó y Uribia. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

Para el 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 25 de 2026 se notificaron en Sivigila cinco (5) casos: una (1) muerte materna temprana y cuatro (4) muertes maternas tardías. De esta forma, el país acumula 70 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 66 residen en territorio colombiano y cuatro (4) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 25, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	125	67	37	229
2024	95	67	27	189
2025	86	75	22	183
2026p	66	49	24	139

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 23 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá D.C., Antioquia, La Guajira, Cartagena de Indias, Cesar, Chocó, Cundinamarca y Nariño. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba y Norte de Santander, sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 8).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Yondó (Antioquia), El Banco (Magdalena) y Fresno (Tolima); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 25 de 2026, el 59,1 % corresponde a causas directas y el 27,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 21,2 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 25	Acumulado de casos a SE 25	
		2025	2026
Colombia	108	86	66
Bogotá, D.C.	10	10	10
Antioquia	10	9	7
La Guajira	9	8	6
Cartagena de Indias	3	1	4
Cesar	6	8	4
Chocó	6	4	4
Cundinamarca	5	5	4
Nariño	6	4	4
Caquetá	2	1	3
Magdalena	3	0	3
Cauca	5	1	2
Risaralda	3	3	2
Sucre	2	1	2
Tolima	3	2	2
Boyacá	1	1	1
Santiago de Cali	3	3	1
Casanare	1	3	1
Huila	3	2	1
Meta	2	1	1
Quindío	1	1	1
Santa Marta	2	0	1
Valle del Cauca	2	2	1
Vichada	1	1	1
Arauca	1	0	0
Atlántico	3	2	0
Barranquilla	2	2	0
Bolívar	4	2	0
Buenaventura	1	0	0
Caldas	0	0	0
Córdoba	4	4	0
Guainía	0	1	0
Norte de Santander	4	2	0
Putumayo	1	0	0
Santander	2	2	0

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

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 25 de 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 25	Valor observado SE 25
Colombia	108	66
Yondó (Antioquia)	0	1*
El Banco (Magdalena)	0	1*
Fresno (Tolima)	0	1*

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

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

Tabla 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 25	Número de casos y proporción a SE 25 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	91	95	100	86	100	66	100
DIRECTA	59	60	63,2	57	66,3	39	59,1
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	18	20	21,1	16	18,6	14	21,2
Hemorragia obstétrica	19	19	20,0	18	20,9	8	12,1
Evento tromboembólico como causa básica	6	6	6,3	6	7,0	6	9,1
Sepsis obstétrica	6	5	5,3	6	7,0	5	7,6
Embarazo ectópico	4	3	3,2	5	5,8	3	4,5
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	3,2	2	2,3	1	1,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	3	3,2	4	4,7	1	1,5
Otras causas directas	1	1	1,1	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	30	33	34,7	27	31,4	19	28,8
Otras causas indirectas	9	12	12,6	6	7,0	11	16,7
Otras causas indirectas: neumonía	6	5	5,3	7	8,1	3	4,5
Sepsis no obstétrica	6	4	4,2	7	8,1	3	4,5
Otras causas indirectas: cáncer	4	5	5,3	3	3,5	2	3,0
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	2,3	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	2,1	2	2,3	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	4	4,2	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	1,1	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	1,2	0	0,0
En estudio	2	2	2,1	1	1,2	8	12,1

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 25 del 2026 se han notificado 2 946 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 918 corresponden a residentes en Colombia y 28 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia, Bogotá, D.C., Cundinamarca, La Guajira y Córdoba. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 25 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Buenaventura, Casanare, Putumayo, Guaviare y San Andrés y Providencia (tabla 11).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Dosquebradas (Risaralda), Itagüí (Antioquia), Tunja (Boyacá), Santander de Quilichao (Cauca), Granada (Meta), Girón (Santander), La Estrella (Antioquia), Piedecuesta (Santander), Arauquita (Arauca), Alto Baudó (Chocó), Saravena (Arauca), Simití (Bolívar), Caldas (Antioquia), Isnos (Huila), Roberto Payán (Nariño), Peñol (Antioquia), Cicuco (Bolívar), Zambrano (Bolívar), Paipa (Boyacá), Jambaló (Cauca), Bahía Solano (Chocó), Quimbaya (Quindío), Tolú Viejo (Sucre), Guamo (Tolima), Restrepo (Valle del Cauca) (tabla 12).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,1 %, seguido de neonatales tempranas con 28,2 %, neonatales tardías con 18,3 %, y las fetales intraparto con 11,4 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,4 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,2 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,6 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 25 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 11. Número de casos, razón y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 25	Acumulado de casos a SE 25	
		2025	2026
Colombia	3 601	2 681	2 918
Antioquia	408	316	360
Bogotá, D.C.	379	293	359
Cundinamarca	200	181	187
La Guajira	191	125	131
Córdoba	181	115	122
Santiago de Cali	141	125	119
Barranquilla	128	74	101
Bolívar	105	80	98
Cesar	126	103	98
Cauca	115	70	91
Santander	110	73	90
Huila	87	60	85
Norte de Santander	105	67	85
Nariño	102	103	81
Valle del Cauca	105	86	79
Cartagena de Indias	115	71	75
Chocó	89	52	73
Meta	85	86	68
Sucre	88	51	63
Magdalena	91	72	58
Atlántico	108	65	56
Tolima	73	51	53
Boyacá	69	58	51
Risaralda	54	39	48
Caldas	49	44	47
Santa Marta	43	25	40
Arauca	31	14	30
Quindío	28	17	30
Buenaventura	40	37	28
Caquetá	31	22	27
Casanare	38	33	21
Vichada	18	17	20
Putumayo	29	18	18
Guainía	10	9	13
Amazonas	8	10	5
Vaupés	7	4	4
Guaviare	8	7	2
San Andrés y Providencia	6	8	2

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

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 25 2021 - 2025	Valor observado a SE 25 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	3 601	2 918	-
Manauere (La Guajira)	16	24	8
Cumaribo (Vichada)	11	18	7
Dosquebradas (Risaralda)	11	17	16
Itagüí (Antioquia)	10	16	6
Tunja (Boyacá)	8	16	22
Santander de Quilichao (Cauca)	10	16	2
Granada (Meta)	6	13	20
Girón (Santander)	9	13	10
La Estrella (Antioquia)	3	10	10
Piedecuesta (Santander)	6	10	1
Araucuita (Arauca)	5	9	5
Alto Baudó (Chocó)	2	9	12
Saravena (Arauca)	5	8	8
Simití (Bolívar)	2	6	2
Caldas (Antioquia)	2	5	10
Isnos (Huila)	2	5	5
Roberto Payán (Nariño)	1	5	3
Peñol (Antioquia)	1	4	8
Cicuco (Bolívar)	1	4	1
Zambrano (Bolívar)	1	4	4
Paipa (Boyacá)	1	4	8
Jambaló (Cauca)	1	4	11
Bahía Solano (Chocó)	1	4	13
Quimbaya (Quindío)	1	4	1
Tolú Viejo (Sucre)	1	4	5
Guamo (Tolima)	1	4	1
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	19

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

Tabla 13. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 25, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 25, 2024 -2026					
	2024 a SE 25	(%)	2025 a SE 25	(%)	2026 a SE 25	(%)
Colombia	2 964	100,0	2 681	100,0	2 918	100,0
Asfisia y causas relacionadas	776	26,2	745	27,8	740	25,4
Prematuridad-inmadurez	493	16,6	454	16,9	502	17,2
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	449	15,1	420	15,7	396	13,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	343	11,6	288	10,7	271	9,3
Infecciones	252	8,5	235	8,8	226	7,7
Malformación congénita	266	9,0	223	8,3	221	7,6
Otras causas de muerte	193	6,5	169	6,3	183	6,3
Sin información	0	0,0	0	0,0	164	5,6
Causas no específicas	74	2,5	44	1,6	122	4,2
Trastornos cardiovasculares	89	3,0	75	2,8	63	2,2
Convulsiones y trastornos neurológicos	16	0,5	12	0,4	18	0,6
Lesión de causa externa	13	0,4	16	0,6	12	0,4

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

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 25 de 2026, a partir de las variables registradas en las fichas epidemiológicas de los eventos colectivos e individuales (códigos INS 995 y 345).

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

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

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

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

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2026), a nivel nacional, se observó una disminución porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y UCI/UCIM frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026), sin alcanzar la significancia estadística (variación porcentual inferior -30 %) (tabla 14).



EVENTOS TRAZADORES

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026 y 22 a 25 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 18 a 21 de 2026	SE 22 a 25 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	562 242	500 381	● -11,49%	↘
Hospitalización en sala general	25 643	23 894	● -6,82%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 865	2 699	● -5,79%	↘

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2026

SE: semana epidemiológica

UCI/UCIM: unidades de cuidado intensivo/unidad de cuidado intermedio

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 25 del 2026 se notificaron 119 615 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), no se observó incremento en ninguna entidad territorial. Se registró disminución en Amazonas, Santiago de Cali, Cauca, Huila, Nariño, Quindío, Tolima y Vichada. Las 30 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento en siete municipios (tabla 15).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2026

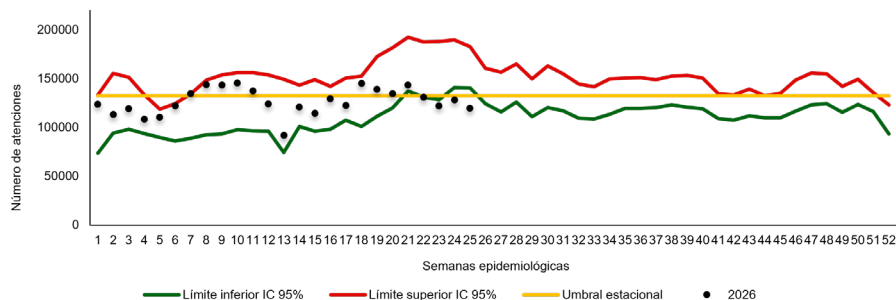
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	30 607	36 601	3 555	6 354
Atlántico	Soledad	44 071	42 582	7 674	5 759
Antioquia	Itagüí	44 813	38 698	6 305	5 529
Cundinamarca	Soacha	42 584	33 219	6 000	5 271
Antioquia	Bello	31 754	36 371	5 385	4 548
La Guajira	Uribia	24 678	26 012	2 839	4 260
Cundinamarca	Chía	29 784	23 126	5 192	3 858
Antioquia	Rionegro	19 457	23 997	2 579	2 898
Córdoba	Cereté	8 849	10 675	1 279	2 029
Santander	Floridablanca	13 764	13 790	2 234	1 895
Cundinamarca	Madrid	6 967	8 692	1 494	1 890
Valle del Cauca	Palmira	14 806	11 848	2 216	1 887
Boyacá	Sogamoso	9 699	8 243	1 755	1 854
Cundinamarca	Zipaquirá	11 534	10 601	2 102	1 846
Córdoba	Lorica	7 516	8 600	1 167	1 827
Risaralda	Dosquebradas	15 009	12 745	2 032	1 783
Boyacá	Duitama	11 005	9 238	2 021	1 671
Antioquia	Envigado	13 578	14 721	2 247	1 660
Santander	Barrancabermeja	16 200	15 079	1 504	1 658
Bolívar	Magangué	10 250	9 682	1 474	1 593
Magdalena	Ciénaga	10 733	10 099	1 424	1 470
Antioquia	Apartadó	9 106	10 049	1 530	1 434
Casanare	Yopal	7 341	5 946	1 418	1 399
Antioquia	Turbo	7 495	7 361	998	1 373
Cundinamarca	Girardot	11 240	7 814	1 832	1 163
Norte de Santander	Ocaña	8 410	7 373	1 219	1 107
Cundinamarca	Facatativá	9 621	7 068	1 891	1 079
Valle del Cauca	Buenaventura	3 272	5 103	717	1 032
Valle del Cauca	Yumbo	7 925	6 488	1 288	1 013
Valle del Cauca	Tuluá	7 045	5 900	962	981
Cesar	Aguachica	5 959	6 073	955	938
Cundinamarca	Funza	8 354	8 352	1 293	938
Valle del Cauca	Cartago	8 468	6 747	1 407	903
Córdoba	Sahagún	12 329	4 696	2 042	815
Cauca	Santander De Quilichao	6 322	4 398	1 108	775
Huila	Pitalito	6 924	4 279	1 224	761
Santander	Piedecuesta	5 067	5 014	564	686
Cundinamarca	Mosquera	3 697	3 101	694	612
Santander	Giron	4 196	4 181	351	531
Atlántico	Malambo	3 285	3 760	587	495
Norte de Santander	Villa Del Rosario	3 713	3 433	589	328
Cauca	Guapi	2 473	1 826	215	255
Nariño	La Florida	385	363	44	45

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (22 a 25 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 24,5 % (122 890) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 18,5 % (92 741). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en los menores de 2 a 4 años con el 12,6 % seguido de los niños de 1 año con el 10,8 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11 de 2026, con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguido de un nuevo incremento entre las semanas 18 y 21 manteniéndose dentro de los límites esperados; con una disminución marcada en semana 22 a 25 situándose por debajo del límite inferior (figura 11).

Figura 11. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

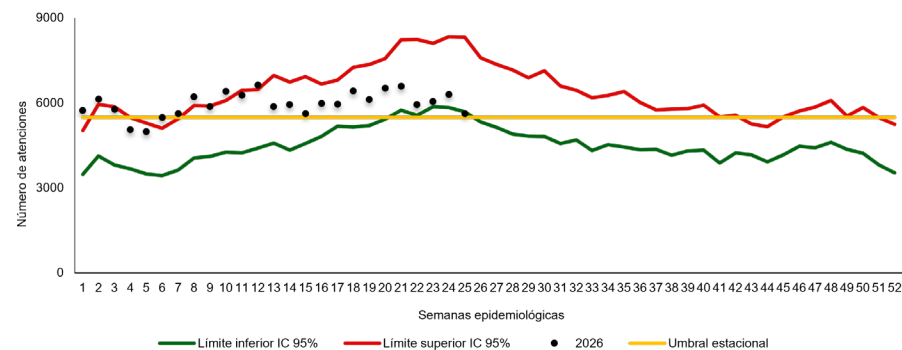
En la semana epidemiológica 25 del 2026 se notificaron 5 616 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Antioquia, Atlántico, Buenaventura, Santiago de Cali, Casanare, Cesar, Guainía, Huila, La Guajira y Risaralda, aumento en Amazonas, Arauca, Barranquilla, Caquetá, Cartagena, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena y Santa Marta. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (22 a 25 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 932) representaron el 24,8 %, seguidos de los menores de 2 a 4 años con el 16,7 % (4 002). 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 31,5 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 26,0 %.

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

Figura 12. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2026

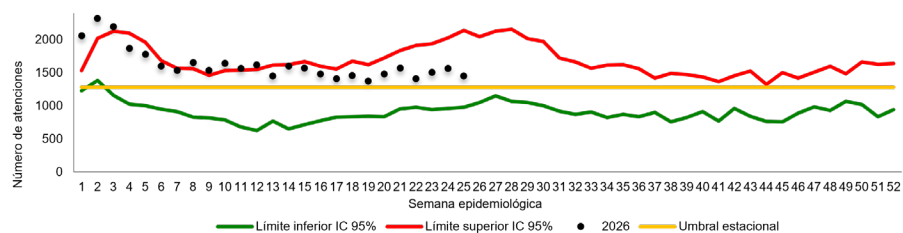


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 25 del 2026, se notificaron 1 453 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 07 a 12 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con descenso en semanas epidemiológicas 13 a 25 de 2026 ubicándose dentro de lo esperado (figura 13).

Figura 13. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 25 de 2026



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

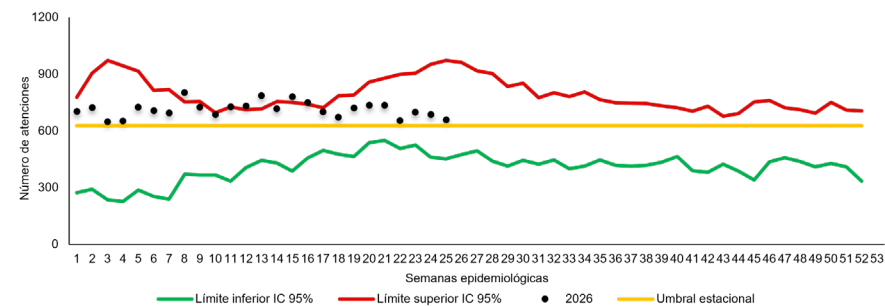
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 25 del 2026 se notificaron 659 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Chocó, Córdoba y La Guajira. Se registró disminución en Antioquia, Boyacá, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Risaralda, Sucre y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (22 a 25 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 33,7 % (911), seguido de los menores de 1 año con el 22,4 % (605) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 26,2 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 23,6 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas 08, 11 a 13, 15 y 16, seguidas de un descenso progresivo entre las semanas 17 a 25 (figura 14).

Figura 14. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2026

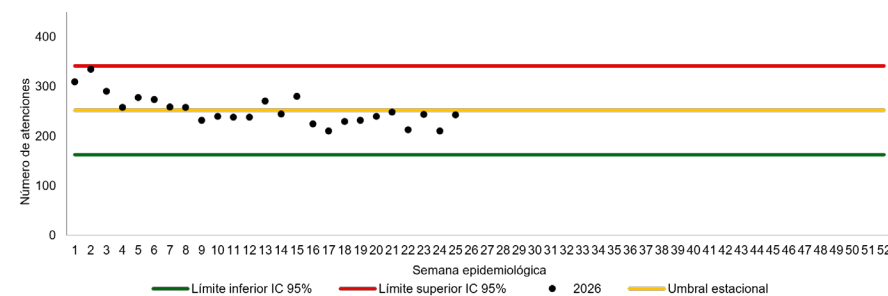


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 25 del 2026, se notificaron 243 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad, las hospitalizaciones se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, 13 y 15 de 2026; no obstante, en las semanas 09 a 12, 14 y 16 a 25 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 15).

Figura 15. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 25 de 2026



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

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en la notificación de atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y en UCI/UCIM respecto al periodo anterior. Los grupos de edad con mayor proporción de atenciones en los tres servicios vigilados corresponden a menores de 5 años y mayores de 60 años. En cuanto al comportamiento en el canal endémico, durante la semana epidemiológica 25 de 2026 las atenciones por IRA en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y en UCI/UCIM se ubicaron dentro de los límites esperados.

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

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

agentes respiratorios y el aumento regional de la circulación viral podría traducirse en un incremento de la morbilidad por IRA durante el segundo semestre del año, particularmente en los grupos de mayor vulnerabilidad².

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

Asimismo, considerando la estacionalidad del evento y el desarrollo del primer pico epidémico respiratorio, se recomienda a las entidades territoriales:

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

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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

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

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 25, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), rinovirus, adenovirus, *metapneumovirus*, parainfluenza e influenza. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, no se evidencia comportamiento de interés en la positividad; sin embargo, al aumento se observa Influenza A y B, en disminución VSR. Los demás virus respiratorios se mantienen estables en los últimos dos periodos. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 16). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 18 a 25 de 2026

Agente viral identificado	SE 18 a 21 de 2026			SE 22 a 25 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	58,2	65,4	35,9	58,2	63,8	39,0	
Rinovirus	10,4	9,1	7,1	10,9	10,2	4,3	
Virus sincitial respiratorio	42,6	50,3	25,0	39,1	45,7	34,8	
Enterovirus	3,7	3,6	3,6	5,8	5,1	8,7	
Adenovirus	9,9	9,7	3,6	6,5	7,1	4,3	
Influenza B	1,2	32,0	3,6	36,0	0,5	-	
Influenza A	5,2	1,6	14,3	10,1	5,1	34,8	
Parainfluenza	14,1	15,3	7,1	13,4	13,7	4,3	
<i>Metapneumovirus</i>	4,2	3,6	14,3	4,7	5,1	8,7	
A(H1N1)pdm09	0,2	-	-	1,1	1,0	-	
SARS-CoV2	1,2	1,0	-	0,4	-	-	
A(H3N2)	4,5	3,6	14,3	5,4	4,1	-	
Coronavirus	2,0	1,0	7,1	1,1	1,5	-	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026.
Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.
*Se muestra la variación con significancia estadística

Referencia

1. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Ideam y Minambiente alertan de 90% de probabilidad de llegada del fenómeno de El Niño para septiembre de 2026 [Internet]. Bogotá D.C.: IDEAM; 2026 abr 11 [citado 2026 jun 11]. Disponible en: <https://www.ideam.gov.co/sala-de-prensa/noticia/ideam-y-minambiente-alertan-de-90-de-probabilidad-de-llegada-del-fenomeno-de-el-nino-para-septiembre>
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur, 1 de julio de 2026 [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [citado 2 jul 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/07/2026-julio-1-phe-alerta-epi-influenzaovr-esfinal.pdf>

COVID-19

Metodología

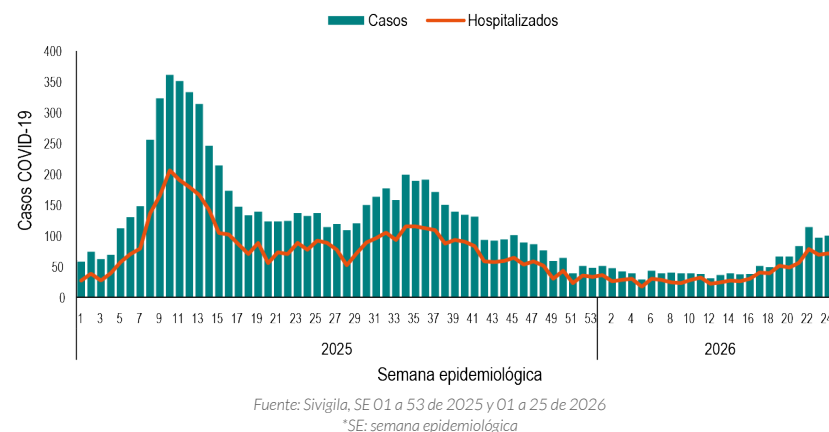
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 25 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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

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

En lo corrido de 2026 (semana epidemiológica 01 a 25), con corte al 27 de junio y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 1 357 casos de COVID-19, de los cuales 1 356 son procedentes de Colombia y uno (1) del exterior. En las últimas cuatro semanas epidemiológica (22 a 25) se registraron 394 casos, un aumento del 47,0 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 18 a 21), en el que se reportaron 268 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 282 casos, un incremento del 45,4 % frente a las 194 del periodo anterior. Al comparar con el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 25), los casos de 2026 muestran una menor notificación (figura 16).

Figura 16. Comportamiento temporal de los casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 25 de 2026



Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2026) se registró una incidencia de 0,7 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 28 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 86 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en los departamentos de Atlántico, Boyacá, Cauca, Cundinamarca, Santander y La Guajira, así como en los distritos de Bogotá D.C. y Barranquilla.

A nivel municipal, dicho incremento se observa en Medellín (Antioquia), Soledad (Atlántico), Tunja y Duitama (Boyacá), Mosquera (Cundinamarca), Piedecuesta (Santander) e Ibagué (Tolima).

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026) y el actual (semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2026), se observó un incremento en la mayoría de los grupos de edad, siendo los más marcados los de 30 a 39 años (128,6 %), 80 a 89 años (71,4 %), 20 a 29 años (61,5 %), menores de un año (55,7 %), 1 año (45,5 %), 5 a 9 años (44,4 %), 40 a 49 años (44,4 %), 70 a 79 años (33,3 %), 2 a 4 años (19,2 %) y 10 a 19 años (17,6 %). Asimismo, el grupo de 60 a 69 años presentó un aumento más discreto (9,5 %). En contraste, el grupo de 50 a 59 años presentó una disminución (-10,0 %), siendo el único grupo con reducción de casos en este periodo. Por su parte, el grupo de 90 a 99 años pasó de 0 a 10 casos, mientras que el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos periodos analizados (tabla 17).

Tabla 17. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas, semanas epidemiológicas 18 a 25 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 18 a 21 2026	SE 22 a 25 2026		
Menor de un año	88	137	55,7	
1 año	33	48	45,5	
2 a 4 años	26	31	19,2	
5 a 9 años	18	26	44,4	
10 a 19 años	17	20	17,6	
20 a 29 años	13	21	61,5	
30 a 39 años	7	16	128,6	
40 a 49 años	9	13	44,4	
50 a 59 años	10	9	-10,0	
60 a 69 años	21	23	9,5	
70 a 79 años	12	16	33,3	
80 a 89 años	14	24	71,4	
90 a 99 años	0	10	NC*	
Mayor de 100 años	0	0	NC*	
Total	268	394	47,0	

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

*NC: no calculable

Fuente: Sivigila SE 18 a 25 de 2026

PE: periodo epidemiológico

SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia ocho (8) fallecimientos asociados a COVID-19: dos (2) en Bogotá D.C y uno (1) en cada uno de los departamentos de La Guajira (Riohacha), Nariño (Pasto), Quindío (Montenegro), Córdoba (Montería), Cundinamarca (La Calera), Magdalena (Pivijay) y Antioquia (Medellín).

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 25 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 25 del 2026 se notificaron 2 470 casos de dengue: 1 808 casos de esta semana y 662 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 54 438 casos, 32 851 (60,3 %) sin signos de alarma, 21 026 (38,6 %) con signos de alarma y 561 (1,0 %) de dengue grave.

El 60,9 % (33 172) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, La Guajira y Cartagena de Indias (tabla 18). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Casanare, Cesar, Norte de Santander, Santander, Magdalena y Antioquia concentran el 65,8 % (6 742 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 17 a 20 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Arauca, Boyacá, Caldas, Casanare, Cauca, Guaviare, Risaralda, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en la entidad territorial de La Guajira mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 18).

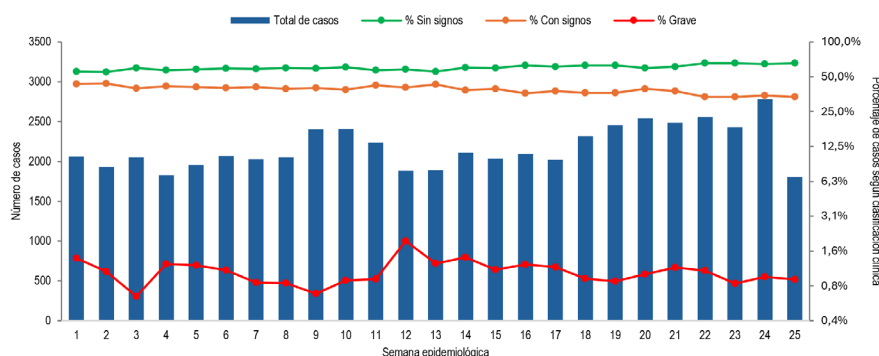
Tabla 18. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 17 - 20 2026)	Observado (SE 21-24 2026)
Meta	9 137	30,3	0,9	2 023	2 279
Cesar	4 630	57,4	0,6	667	674
Bolívar	4 217	39,2	1,5	813	970
Santander	3 526	36,5	0,6	589	511
Norte de Santander	3 281	38,4	1,7	488	538
Magdalena	3 217	50,0	0,7	601	481
La Guajira	2 764	53,2	1,9	465	290
Cartagena de Indias	2 400	19,1	0,9	218	160
Antioquia	1 950	37,6	1,1	357	460
Santa Marta	1 915	44,7	0,4	192	142
Casanare	1 881	30,0	0,5	437	829
Córdoba	1 874	41,2	0,6	221	228
Tolima	1 760	29,2	1,3	306	341
Barranquilla	1 712	43,1	0,9	156	150
Atlántico	1 581	44,8	0,9	184	195
Arauca	1 338	32,7	0,9	270	434
Sucre	857	48,9	1,5	176	170
Cundinamarca	855	34,4	0,7	174	172
Valle del Cauca	845	33,5	0,7	149	203
Santiago de Cali	776	35,4	0,3	134	149
Huila	711	38,1	4,8	119	137
Chocó	489	23,1	1,2	96	96
Amazonas	447	15,0	0,0	60	51
Nariño	360	43,9	1,1	65	77
Guaviare	355	19,4	0,3	71	131
Caquetá	354	51,7	2,5	80	69
Putumayo	300	25,3	1,3	54	62
Quindío	189	23,3	1,6	49	44
Boyacá	129	48,1	0,8	25	56
Cauca	116	36,2	0,9	19	32
Caldas	107	43,0	0,9	25	36
Risaralda	101	41,6	1,0	14	22
Exterior	98	45,9	4,1	13	15
Buenaventura	74	35,1	1,4	17	20
Vichada	49	32,7	0,0	5	11
Vaupés	27	18,5	0,0	4	16
Guainía	8	25,0	0,0	1	0
Archipiélago de San Andrés	8	12,5	0,0	2	3
Total	54 438	38,6	1,0	9 339	10 254

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

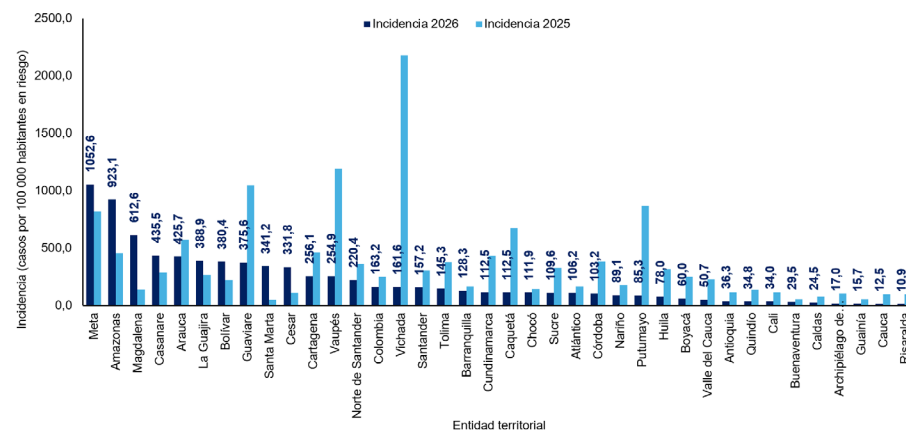
A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 40,0 % a nivel nacional (figura 17); sin embargo, la entidad territorial de Cesar tuvo un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2026).

Figura 17. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 25, 2026



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

Figura 18. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2025 y 2026



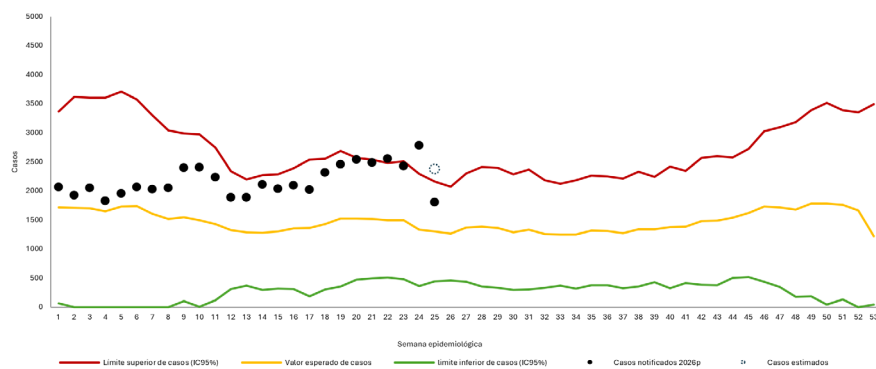
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 25 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 9,8 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 17 a 20) (figura 19). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 25), se observa una reducción del 34,5 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 83 083 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 29,8 % (11) está dentro de lo esperado, el 35,1 % (13) se encuentra en situación de alerta y el 35,1 % (13) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 19).

A semana epidemiológica 25 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 163,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 249,0 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, Casanare, Arauca, La Guajira y Bolívar presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 25 del 2026 registrando tasas superiores a 380 casos por 100 000 habitantes (figura 18). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 332,6 casos por 100 000 habitantes.

Figura 19. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2026



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

Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 25 de 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 25, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Cartagena de Indias, Cesar, Casanare, Meta, Guaviare, La Guajira, Magdalena, Santa Marta
Alerta	Antioquia, Boyacá Cundinamarca, Caldas, Chocó, Nariño, Quindío, Santander, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda, Vaupés, Vichada
Dentro de lo esperado	Archipiélago de San Andrés y Providencia, Cauca, Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Huila, Guainía, Buenaventura, Sucre, Tolima, Valle del Cauca

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 25 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 16,8 % (139) 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 26,3 % (15/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

Tabla 20. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 25 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	(SE 17-20 2026)	(SE 21-24 2026)
Antioquia	Bello	6,1	34	9	8
Atlántico	Barranquilla	130,5	1712	156	150
	Soledad	59,8	409	41	37
Bolívar	Cartagena de Indias	227,5	2 400	218	160
	Turbaco	317,2	369	56	46
Cesar	Valledupar	314,1	1 734	210	218
	Aguachica	305,1	375	88	91
Córdoba	Cereté	146,3	161	14	29
La Guajira	Riohacha	434,4	910	123	73
Santa Marta	Santa Marta	346,7	1 915	192	142
Magdalena	Ciénaga	407,1	519	79	37
Meta	Villavicencio	1310,2	6 681	1 449	1486
Tolima	Ibagué	121,7	662	132	167
Arauca	Arauca	181,3	182	27	72
Casanare	Yopal	158,4	286	48	160

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

A semana epidemiológica 25 del 2026, se han notificado 151 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 33 casos, se han descartado 72 casos y se encuentran en estudio 46 casos. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,06 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 69 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 21).

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 25, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 25, 2026	Letalidad por dengue a SE 25, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	9	3	0,33	0,05
Huila	2	1	0,28	0,21
Magdalena	5	0	0,16	0,14
Atlántico	2	2	0,13	0,08
Cundinamarca	1	0	0,12	0,03
Antioquia	2	4	0,10	0,13
Cesar	3	1	0,06	0,00
Norte de Santander	2	1	0,06	0,04
Santa Marta	1	1	0,05	0,36
Bolívar	2	5	0,05	0,12
Meta	3	8	0,03	0,13
Santander	1	2	0,03	0,07
Tolima	0	4	0,00	0,02
Barranquilla	0	3	0,00	0,09
Nariño	0	2	0,00	0,00
Putumayo	0	2	0,00	0,13
Sucre	0	2	0,00	0,08
Arauca	0	1	0,00	0,11
Casanare	0	1	0,00	0,00
Córdoba	0	1	0,00	0,06
Quindío	0	1	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,00
Colombia	33	46	0,06	0,08

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

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

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 25 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 endemidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

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

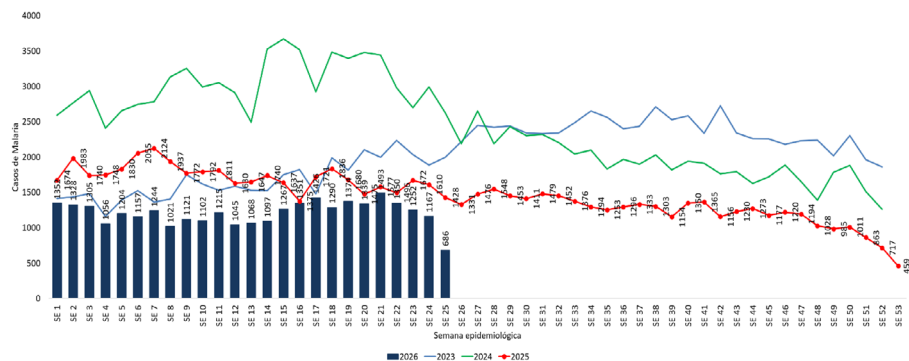
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución de la malaria, como se muestra en la figura 20.

Figura 20. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 25 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 25 del 2026 se notificaron 1 296 casos de malaria, para un acumulado de 30 310 casos, de los cuales 29 971 son de malaria no complicada y 339 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 72,3 % (21 913), seguido de *Plasmodium falciparum* con 26,7 % (8 081) e infección mixta con 1,0 % (316). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,8 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (33,3 %), Antioquia (14,1 %), Córdoba (8,3%), Nariño (6,3 %), Guainía (6,2 %), Risaralda (4,2 %), Amazonas (3,9 %), Bolívar (3,2 %), Cauca (3,2 %), Vichada (3,2 %), Meta (3,0 %), Buenaventura (2,6 %) y Vaupés (2,4 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 70,8 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 25 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 18 a 21 2026	Casos SE 22 a 25 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Córdoba	Tierralta	1 662	294	204	16,40
Guainía	Inírida	1 656	153	88	41,83
Chocó	Quibdó	1 618	426	310	10,86
Risaralda	Pueblo Rico	1 152	164	118	68,51
Chocó	Lloró	987	185	164	90,85
Antioquia	El Bagre	886	128	143	15,54
Chocó	Bagadó	790	200	177	65,42
Buenaventura	Buenaventura	781	176	198	2,40
Chocó	Istmina	771	180	78	22,06
Meta	Puerto Gaitán	710	106	133	15,03
Chocó	Medio San Juan	624	184	107	51,55
Vichada	Cumaribo	623	121	71	6,95
Vaupés	Mitú	589	75	78	16,09
Bolívar	Montecristo	530	89	85	28,48
Chocó	Río Quito	489	113	127	51,82
Cauca	Timbiquí	474	138	73	16,55
Chocó	Juradó	472	135	68	60,99
Nariño	Olaya Herrera	455	53	35	17,01
Chocó	Alto Baudó	455	62	51	14,14
Amazonas	Tarapacá (CD)	417	62	25	92,79
Cauca	Guapi	417	79	48	13,85
Antioquia	Nechí	400	94	73	14,15
Córdoba	Puerto Libertador	379	47	53	8,23
Chocó	Carmen del Darién	372	69	73	16,35
Chocó	El Cantón del San Pablo	369	105	70	51,73
Norte de Santander	Tibú	356	68	51	11,28
Antioquia	Cáceres	355	79	39	11,25
Chocó	Tadó	349	48	85	11,06
Amazonas	La Pedrera (CD)	332	19	4	76,25
Nariño	El Charco	323	64	55	13,74
Vichada	Puerto Carreño	309	18	11	13,27
Antioquia	Chigorodó	289	60	52	4,58
Antioquia	Turbo	282	42	37	2,07
Guaviare	San José del Guaviare	282	42	37	4,24
Nariño	Magüí	276	44	29	10,48

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

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 70,8 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,6 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, Pueblo Rico, Quibdó, Lloró, Montecristo, Juradó, Cumaribo, Juradó, Nechí e Istmina y en incremento el municipio de El Bagre, Puerto Gaitán, Mitú, Bagadó y Puerto Libertador (tabla 23). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 63,9 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Timbiquí, Istmina, Guapi, Medio San Juan, El Charco, Olaya Herrera, Magüi, Inírida y Tierralta y en incremento los municipios de Buenaventura, Rio Quito y Lloró como se muestra en la tabla 24.

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 25 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 18 a 21 de 2026	Casos SE 22 a 25 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	264	181	-31%	6,7%
Guainía	Inírida	163	79	-52%	6,5%
Risaralda	Pueblo Rico	163	71	-56%	4,5%
Antioquia	El Bagre	119	141	18%	3,8%
Chocó	Quibdó	147	137	-7%	3,1%
Chocó	Lloró	116	92	-21%	3,1%
Meta	Puerto Gaitán	86	123	43%	2,8%
Vaupés	Mitú	65	74	14%	2,5%
Chocó	Bagadó	103	108	5%	2,5%
Bolívar	Montecristo	94	87	-7%	2,4%
Vichada	Cumaribo	82	55	-33%	2,2%
Chocó	Jurado	130	66	-49%	2,1%
Antioquia	Nechí	80	72	-10%	1,8%
Córdoba	Puerto Libertador	45	52	16%	1,7%
Chocó	Istmina	73	49	-33%	1,7%

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

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 25 de 2026

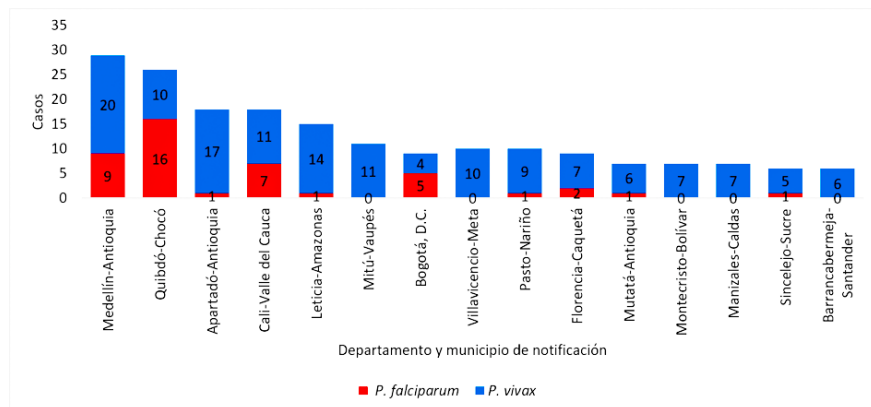
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 18 a 21 de 2026	Casos SE 22 a 25 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	250	177	-29%	11,8%
Buenaventura	Buenaventura	123	141	15%	6,4%
Cauca	Timbiquí	135	71	-47%	5,8%
Chocó	Istmina	96	30	-69%	4,9%
Cauca	Guapi	78	48	-38%	4,8%
Chocó	Rio Quito	82	92	12%	4,5%
Chocó	Medio San Juan	82	72	-12%	3,7%
Nariño	El Charco	56	49	-13%	3,5%
Chocó	Lloró	60	72	20%	3,5%
Nariño	Olaya Herrera	27	12	-56%	2,7%
Guainía	Inírida	19	10	-47%	2,7%
Chocó	Bagadó	63	62	-2%	2,6%
Nariño	Magüi	25	24	-4%	2,5%
Córdoba	Tierralta	34	22	-35%	2,4%
Chocó	Medio Atrato	44	44	0%	2,1%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Malaria complicada

A semana epidemiológica 25 de 2026 se han notificado 339 casos de malaria complicada, que son notificados por 31 entidades territoriales. Antioquia, Chocó, Amazonas, Nariño, Santiago de Cali, Meta, Caldas, Vichada, Caquetá, Bogotá, D.C., Risaralda, Bolívar, Santander, Sucre, Vaupés y Córdoba y notificaron el 89,5 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 56,6 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 21).

Figura 21. Casos notificados de malaria complicada por municipio de notificación, con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2026



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

Comportamientos inusuales en entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 25 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran cinco departamentos en situación de incremento y ocho departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 33 municipios en incremento y 66 municipios en decremento (tabla 25).

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

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 25 2025	Acumulado 2026	SE 25 2026	Esperado	Observado
Amazonas	La Chorrera (CD)	4	5	3	34	0	1	2
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	12	0	27	0	1	4
Amazonas	Leticia	4	332	23	90	9	21	29
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	131	1	0	6
Antioquia	Frontino	4	124	4	215	6	32	58
Antioquia	Vegachí	4	3	0	6	1	0	0
Antioquia	Nechí	5	670	14	405	12	41	88
Antioquia	Yondó	4	37	2	55	0	0	5
Antioquia	Valdivia	4	6	0	24	1	3	8
Antioquia	Amalfí	4	10	2	9	0	1	2
Arauca	Saravena	4	350	9	79	1	3	12
Bolívar	Montecristo	5	553	15	538	14	87	87
Caquetá	Florencia	4	230	8	103	5	4	8
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	617	11	369	7	65	102
Chocó	Condoto	4	129	8	135	8	17	34
Chocó	Nóvita	5	179	9	186	10	37	41
Chocó	Belén de Bajirá	5	97	2	303	12	7	62
Chocó	Lloró	5	1091	32	993	13	129	190
Chocó	Unión Panamericana	5	132	5	126	4	23	34
Chocó	Juradó	4	184	8	472	0	26	106
Chocó	Río Quito	5	371	9	493	26	110	119
Chocó	Carmen del Darién	5	543	10	375	22	47	63
Chocó	Sipí	4	155	1	104	3	13	25
Guaviare	Calamar	4	106	3	113	2	15	18
Guaviare	Miraflores	3	46	0	45	0	11	22
Meta	Puerto Rico	4	55	4	27	1	1	4
Meta	Puerto Gaitán	4	187	15	722	21	17	118
Meta	Puerto López	4	163	35	13	2	3	4
Risaralda	Pereira	4	18	0	13	0	0	5
Valle del Cauca	Buenaventura	5	1092	49	785	31	200	204
Vaupés	Taraira	5	39	3	74	1	2	3
Vichada	Puerto Carreño	4	158	13	316	1	6	15

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (26 de 2025 a 25 de 2026) es de 0,53 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Chocó, Vichada, y Guaviare (tabla 26).

El 83,0 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 17,0 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,4 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (27,5 %) y en los de 1 año de edad (26,9 %). Así mismo, el 66,5 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 25 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en Guainía, Norte de Santander, Quindío 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 210 municipios a nivel nacional (18,7 %) y de disminución en 83 municipios (7,4 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021-2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 24 municipios (tabla 27).

A semana epidemiológica 25 del 2026, se han notificado 10 644 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 10 594 corresponden a residentes en Colombia y 50 casos de residentes en el exterior.

Tabla 26. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 25, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 25 de 2025	Casos a SE 25 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	11 027	10 594	0,53	18,7	7,4
La Guajira	828	819	1,55	20,0	20,0
Chocó	476	471	1,22	35,5	12,9
Vichada	109	94	1,13	0,0	25,0
Guaviare	42	38	0,75	25,0	25,0
Magdalena	416	307	0,71	13,8	17,2
Risaralda	249	226	0,71	14,3	7,1
Cartagena de Indias	253	284	0,69	0,0	0,0
Arauca	96	97	0,69	14,3	42,9
Cesar	507	469	0,61	28,0	16,0
Boyacá	261	273	0,60	15,4	1,6
Casanare	140	136	0,60	10,5	26,3
Antioquia	1543	1389	0,55	20,0	2,4
Bolívar	297	306	0,55	28,9	11,1
Bogotá, D.C	1458	1 369	0,55	0,0	0,0
Amazonas	39	29	0,55	18,2	9,1
Norte Santander	354	293	0,53	10,0	10,0
Vaupés	19	13	0,53	0,0	16,7
Nariño	374	384	0,53	25,0	7,8
Cundinamarca	611	637	0,51	12,9	6,0
Putumayo	108	110	0,51	15,4	15,4
Meta	218	259	0,48	31,0	6,9
Sucre	199	213	0,46	38,5	0,0
Santiago de Cali	288	279	0,45	0,0	0,0
Valle del Cauca	347	325	0,44	27,5	2,5
Buenaventura	98	71	0,42	0,0	0,0
Huila	237	215	0,40	10,8	8,1
Tolima	166	179	0,38	14,9	6,4
Guainía	27	14	0,36	0,0	22,2
Santa Marta	93	69	0,35	0,0	0,0
Córdoba	240	315	0,34	23,3	6,7
Caldas	97	106	0,34	22,2	3,7
Caquetá	80	78	0,33	6,3	12,5
Barranquilla	144	100	0,33	0,0	0,0
Atlántico	158	169	0,29	18,2	18,2
Quindío	39	48	0,28	8,3	8,3
Santander	275	242	0,28	11,5	2,3
Cauca	138	160	0,27	28,6	7,1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	8	0,23	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 26 de 2025 a SE 25 de 2026.

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

Tabla 27. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 25 de 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Norte de Santander	San José de Cúcuta	144	114
La Guajira	Maicao	167	106
Tolima	Ibagué	31	57
Sucre	Sincelejo	28	53
Nariño	Pasto	42	41
Valle del Cauca	Tuluá	19	32
Cesar	Aguachica	15	29
Arauca	Arauca	46	29
Cundinamarca	Mosquera	32	27
Caldas	Manizales	31	25
Santander	Floridablanca	16	25
Boyacá	Duitama	15	24
Huila	Pitalito	16	24
Cauca	Popayán	17	23
Quindío	Armenia	29	23
Valle del Cauca	Cartago	12	22
Magdalena	Ciénaga	31	21
Santander	Girón	31	21
Cauca	Santander de Quilichao	10	18
Santander	Piedecuesta	24	18
Antioquia	Apartadó	37	16
Atlántico	Malambo	17	10
Cundinamarca	Girardot	29	8
Norte de Santander	Villa del Rosario	29	8

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

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

Tosferina

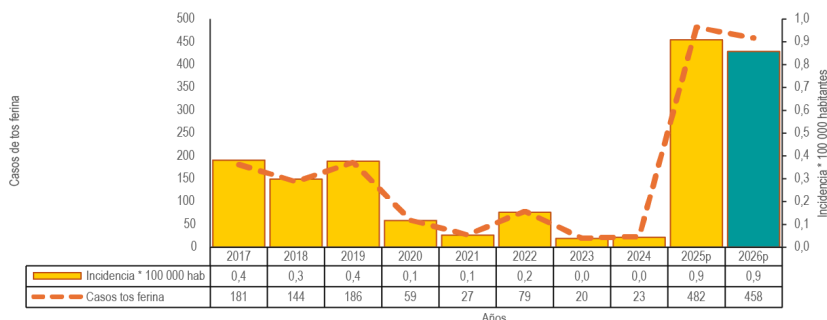
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 24 de 2026

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

Hasta la semana epidemiológica 24 de 2026, a nivel nacional se notificaron en el Sivigila 2 757 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,7 % (460) correspondió a casos confirmados. De los 460 casos confirmados, 458 correspondieron a casos con procedencia de Colombia y fueron utilizados para el cálculo de incidencia; el 74,5 % (2 054) correspondió a casos descartados y el 8,8 % (243) permanece en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 24 fue de 0,9 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos de la misma semana epidemiológica en años anteriores, se observa un aumento en la incidencia respecto a los años previos (2017 a 2024), donde la incidencia no superó 0,4 casos por cada 100 000 habitantes. El comportamiento observado es menor al registrado en 2025, cuando se reportaron 482 casos confirmados para el mismo periodo (figura 22).

Figura 22. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 24, 2017 a 2026p

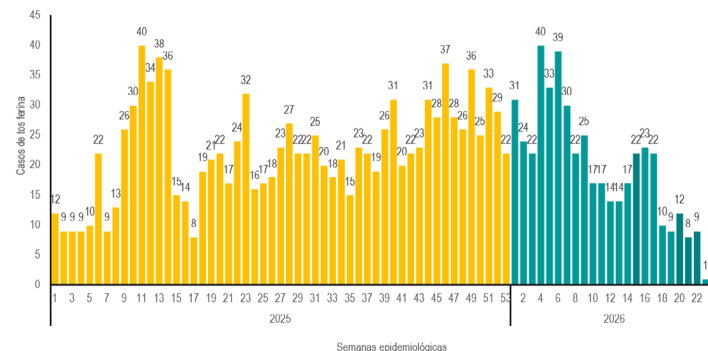


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026 (datos preliminares).

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 23 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 06, con un pico máximo en la semana epidemiológica 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa de los casos. Sin embargo, se identifican repuntes en las semanas epidemiológicas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos), 49 (36 casos) de 2025 y 04 (37 casos), 06 (39 casos), 09 (25 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas se observó una reducción del 60,4 %, al pasar de 53 casos (semanas epidemiológicas 17 a 20 de 2026) a 21 casos (semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2026). Se debe tener en cuenta que los datos están sujetos a ajuste debido al rezago en la notificación y confirmación de casos.

Figura 23. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 24 de 2026



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

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 24, de 2019 a 2026p

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 99 casos y una incidencia de 1,4 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, D.C. con 50 casos y una incidencia de 0,6 por cada 100 000 habitantes y Santander con 37 casos y una incidencia de 1,5 por cada 100 000 habitantes.

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

Tabla 28. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 24, 2019 a 2026p

Entidad territorial	Incidencias por 100 000 habitantes								Tendencia	2026
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026		
Colombia	0,4	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,9	0,9		458
Antioquia	0,5	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	1,7	1,4		99
Bogotá, D.C.	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,6		50
Santander	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	1,5		37
Cartagena de Indias	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	3,2		32
Cesar	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	1,6		24
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2		20
Boyacá	0,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	1,5		19
Norte de Santander	0,8	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	1,1		19
Cundinamarca	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,9	0,4		16
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	1,2		15
Santiago de Cali	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,7		15
Chocó	0,0	0,2	1,6	0,0	0,0	0,3	1,9	2,2		13
Risaralda	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0		10
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6		8
Cauca	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5		8
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,4		8
Vaupés	72,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,5		6
Caldas	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,6		6
Huila	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	1,9	0,5		6
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4	1,8		5
Magdalena	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,5		5
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,7	0,5		5
Meta	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,5	0,4		5
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3		5
Valle del Cauca	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2		5
Santa Marta	0,0	0,2	0,0	0,4	0,5	0,0	0,2	0,5		3
Nariño	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2		3
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,3		2
Putumayo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5		2
Sucre	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2		2
Tolima	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1		2
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	0,0	0,3		1
Caquetá	0,7	0,5	0,0	0,0	0,0	0,7	0,5	0,2		1
Quindío	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2		1

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2019 a 2026p.

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

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

En la semana epidemiológica 24 de 2026 se notificaron 120 casos confirmados de tos ferina en población indígena. La mayor concentración se observó en Cerrito (Santander) con 18 casos, seguido de Paz de Ariporo (Casanare) con 13, Dabeiba (Antioquia) con 12 y Cubará (Boyacá) con ocho (8) casos, evidenciando la persistencia de transmisión en territorios con población indígena priorizada.

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

Tabla 29. Brotes de tos ferina identificados en población indígena por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2026p

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		120		
Cesar	Agustín Codazzi	5	14/06/2026	26/07/2026
Cesar	Becerril	1	06/06/2026	18/07/2026
Cesar	Valledupar	2	05/06/2026	17/07/2026
Santander	Cerrito	18	03/06/2026	15/07/2026
Cauca	Toribío	2	27/05/2026	08/07/2026
Norte de Santander	Toledo	2	26/05/2026	07/07/2026
Antioquia	Betulía	2	12/05/2026	23/06/2026
Cauca	Caldono	4	08/05/2026	19/06/2026
Boyacá	Güicán	1	01/05/2026	12/06/2026
Boyacá	Cubará	8	01/05/2026	12/06/2026
Chocó	Litoral del Bajo de San Juan	1	27/04/2026	08/06/2026
Chocó	Riosucio	2	27/04/2026	08/06/2026
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	04/06/2026
Chocó	Tadó	1	20/04/2026	01/06/2026
Santander	Concepción	6	20/04/2026	01/06/2026
Antioquia	Urrao	1	11/04/2026	23/05/2026
Casanare	Paz de Ariporo	13	01/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	01/04/2026	13/05/2026
Vaupés	Mitú	6	29/03/2026	10/05/2026
Antioquia	Dabeiba	12	28/03/2026	09/05/2026
Antioquia	Murindó	3	16/03/2026	27/04/2026

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Chocó	Lloró	1	08/03/2026	19/04/2026
La Guajira	Maicao	1	21/02/2026	04/04/2026
Caldas	Aranzazu	3	19/02/2026	02/04/2026
Chocó	Bagadó	1	17/02/2026	31/03/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	08/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	06/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	09/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	09/03/2026
Vichada	Cumaribo	2	24/01/2026	07/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	04/03/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026

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

FIS: fecha de inicio de síntomas

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



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 29 de junio de 2026

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

Para el 2026, a corte del 29 de junio (datos preliminares), se han notificado 935 casos probables, 53 confirmados (52 por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre 04 de enero hasta el 09 de junio de 2026, el 98,1% procedente del Tolima y el 1,9 % del Meta. Se han notificado 25 muertes probables, 23 confirmadas, uno (1) excluida de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y una (1) en estudio, para una letalidad de 43,4 % (23/53)³.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 201 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 10 departamentos: Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare. Adicionalmente, se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela). Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 82 casos y un (1) casos se encuentran en estudio para una letalidad acumulada del 40,7 % (82/201).

Para 2026 (datos preliminares), los casos confirmados de fiebre amarilla se presentan en: Tolima: Chaparral, Cunday, Icononzo, Ortega, Melgar, Carmen de Apicalá, Rioblanco, Dolores, Suarez, Planadas, Purificación y en el Meta en el municipio de Villavicencio.

Durante el periodo comprendido entre el 23 y el 29 de junio de 2026, no se han confirmado casos de fiebre amarilla en humanos.

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

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

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

[3] Se excluyen 1 caso de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y un (41) casos en estudio.

Nota aclaratoria: semana epidemiológica 53 (28 de diciembre al 03 enero de 2026) y semana epidemiológica 01 (4 al 10 enero de 2026). Los casos de eventos transmitidos por vectores en la semana epidemiológica se calculan según fecha de inicio de síntomas.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

Actualización de situación de sarampión a nivel nacional, 30 de junio de 2026

En 2026, se han confirmado en el país 12 casos de sarampión mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. De estos, seis (6) corresponden a casos importados, con antecedente de viaje a México (4), Estados Unidos (1) y un (1) caso con antecedente de viaje a Perú, Brasil y Panamá. Los seis (6) casos restantes están relacionados con la importación.

Los casos han sido notificados por Bogotá, D.C. (7), Antioquia, Bucaramanga (Santander), Cartagena, Cundinamarca y Risaralda un (1) caso cada uno. En cuanto a la caracterización genética, seis (6) de los casos corresponden al genotipo D8, cinco (5) se encuentran en estudio y uno (1) no cuenta con genotipificación. Cabe destacar que, a la fecha, no se ha evidenciado transmisión secundaria, ni se han reportado hospitalizaciones, complicaciones o defunciones asociadas.

Con corte al 30 de junio de 2026, se han notificado 1 335 casos sospechosos de sarampión en el país. De estos, 1 160 han sido descartados, mientras que 163 casos permanecen en estudio. Los casos en investigación se distribuyen principalmente en Bogotá, D.C. (61) y Antioquia (45). El resto de los casos se reportan en Quindío (9), Nariño (7), Huila (6), Córdoba y Santander (4 cada uno); Santiago de Cali, Norte de Santander y Risaralda (3 cada uno); Caldas, Caquetá, Casanare, Cesar, Cundinamarca y La Guajira (2 cada uno); y finalmente, en Barranquilla, Bolívar, Cartagena de Indias, Santa Marta, Tolima y Valle del Cauca un (1) caso cada uno.

En respuesta a esta situación, el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y la Sala de Análisis del Riesgo (SAR) se mantienen activos en los niveles nacional y territorial para el seguimiento continuo de las acciones de control, la intensificación de la vigilancia epidemiológica, ejecución de búsquedas activas comunitarias (BAC) e institucionales (BAI) en áreas priorizadas. De manera complementaria, se adelantan monitoreos rápidos de vacunación (MRV), jornadas de bloqueo vacunal y la verificación de esquemas de vacunación en el talento humano en salud. Asimismo, con el fin de garantizar una respuesta articulada, se implementan estrategias de fortalecimiento técnico

mediante simulaciones y capacitaciones dirigidas a las entidades territoriales, optimizando la capacidad operativa frente al evento.

En el ámbito administrativo, la Circular Conjunta 0004 de 2026 permite estandarizar las capacidades de respuesta por medio de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) y el fortalecimiento de las estrategias de comunicación del riesgo dirigidas a la población como a los actores del sistema de salud. En cuanto al seguimiento diario de contactos de los casos confirmados, a la fecha se ha logrado cerrar el cerco epidemiológico de ocho (8) casos, mientras que cuatro (4) permanecen bajo seguimiento activo.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 30 de junio de 2026.

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo (RDC), Uganda y Francia. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 30 de junio de 2026

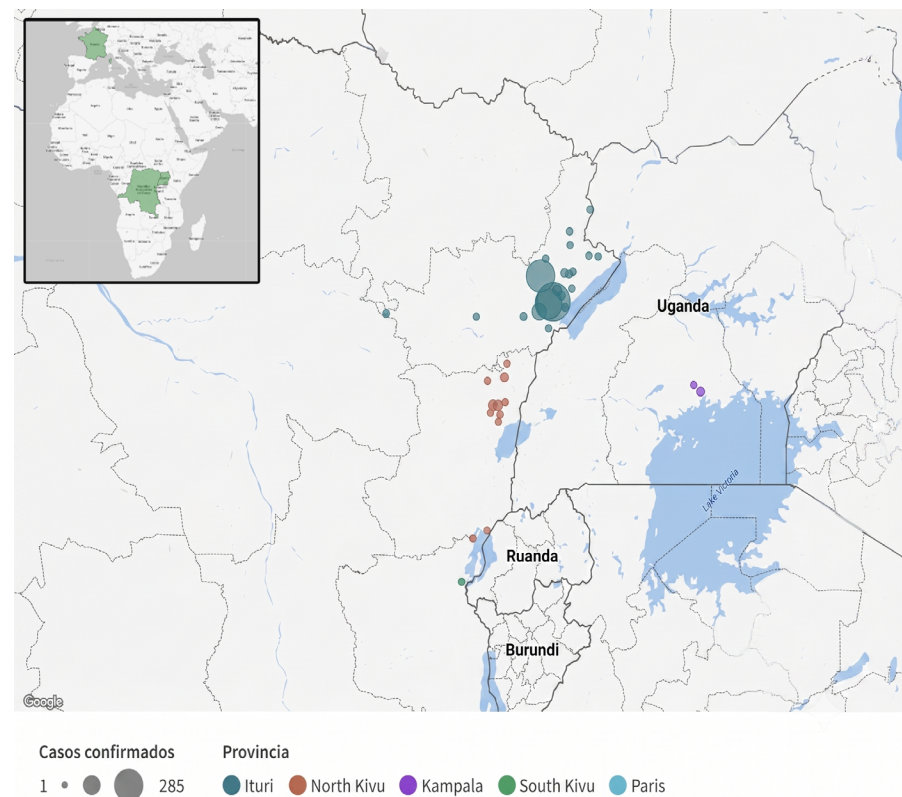
En la RDC, con corte a 28 de junio de 2026, se han notificado 1 307 casos confirmados, incluyendo 377 fallecimientos, letalidad del 28,8 %. La provincia de Ituri sigue siendo la más afectada, con el 91,6 % (1 197) de todos los casos confirmados y el 84,4 % (318) de todos los fallecimientos notificados a nivel nacional. Las zonas sanitarias más afectadas son Bunia, Rwampara, Mongbwalu, Nyankunde y Nizi, todas ubicadas en la provincia de Ituri, así como Katwa y Butembo en la provincia de Kivu del Norte. En conjunto, estas siete zonas sanitarias representan el 84,2 % de los casos confirmados acumulados y el 82,2 % de las muertes confirmadas notificadas a nivel nacional.

La tasa de letalidad sigue siendo la más alta en la provincia de Kivu del Norte, con un 54,2 % (58 muertes/107 casos), seguida de Kivu del Sur con un 33,3 % (1/3) e Ituri con un 26,6 % (318/1 197), lo que indica una mortalidad persistentemente mayor entre los casos notificados en Kivu del Norte.

En Uganda, a 28 de junio de 2026, se han notificado en Kampala un total de 21 casos (20 confirmados y uno probable), incluyendo tres fallecimientos (dos confirmados y uno probable). 15 pacientes se han recuperado y han sido dados de alta, mientras tres permanecen ingresados.

El 24 de junio de 2026, las autoridades francesas notificaron a la OMS un caso confirmado por laboratorio de ébola, causado por el virus Bundibugyo, en un médico de mediana edad que regresaba de la RDC. El paciente había permanecido durante cinco semanas en la provincia de Ituri, donde participó en la atención de pacientes. A su llegada al aeropuerto Charles de Gaulle el 23 de junio de 2026, el paciente informó de sus síntomas a las autoridades sanitarias del aeropuerto, lo que motivó su aislamiento inmediato y su traslado a un centro sanitario de alta contención. En el momento de la notificación, el paciente se encontraba clínicamente estable y afebril, sin haber presentado vómitos, diarrea ni hemorragias durante el viaje. Las pruebas PCR detectaron el virus Bundibugyo. Se ha iniciado un rastreo exhaustivo de contactos.

Mapa 5. Distribución de casos confirmados de la enfermedad por el virus de Bundibugyo a 28 de junio de 2026



Elaboración propia con datos de OMS

El riesgo general sigue siendo muy alto en la República Democrática del Congo, con una transmisión que continúa a una escala que supera la capacidad de respuesta actual, especialmente en el corredor Bunia-Rwampara-Mongbwalu y en otras zonas sanitarias afectadas. Uganda permanece expuesta debido al movimiento constante de población desde el este de la República Democrática del Congo, incluidas las rutas de transporte por carretera y el posible movimiento transfronterizo informal vinculado al cierre de fronteras. El caso importado notificado en Francia confirma que persiste el riesgo de exportación internacional, lo que exige una mayor vigilancia, concienciación de los viajeros y coordinación transfronteriza.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo, Uganda y Francia. Weekly External Situation Report 07. Fecha de publicación: 30 de junio de 2026. Fecha de consulta: 30 de junio de 2026. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6eda0efa-73d3-42dd-900b-b75f92b6b301/content>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 25 de 2026

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 25

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
	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	27	1	1	270	30	38	447	28	51	67	10	6	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Antioquia	291	13	7	10666	1367	1605	1950	327	460	733	134	171	21	4	3	161	65	18	51	7	6
Arauca	62	1	2	540	59	77	1338	140	434	437	40	129	12	1	7	0	1	0	19	3	4
Atlántico	38	5	4	2190	281	299	1581	89	195	709	50	77	15	4	0	2	1	0	8	2	1
Barranquilla D.E.	5	0	0	2499	259	389	1712	65	150	738	27	65	16	1	2	3	1	2	17	2	1
Bogotá D.C.	1	0	0	12194	1699	1818	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	16	9	2	0	0
Bolívar	130	8	3	1525	209	233	4217	277	970	1651	134	367	64	5	14	3	0	1	3	1	0
Boyacá	41	1	3	3629	475	557	129	37	56	62	14	26	1	0	1	4	1	0	2	0	0
Buenaventura D.E.	11	0	0	77	10	8	74	23	20	26	8	10	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Caldas	39	2	2	2141	280	325	107	24	36	46	14	10	1	0	1	3	2	0	19	3	3
Santiago de Cali D.E.	7	0	1	2748	386	385	776	459	149	275	186	45	2	5	0	4	24	1	88	15	4
Caquetá	86	4	2	628	88	92	354	127	69	183	62	32	9	1	2	0	0	0	5	1	1
Cartagena de Indias D.T.	12	0	0	1297	132	213	2400	97	160	458	28	26	21	2	2	1	0	0	1	0	1
Casanare	78	5	2	1143	115	178	1881	232	829	564	87	213	10	3	7	2	2	1	5	1	2
Cauca	66	4	3	3222	431	477	116	90	32	42	30	10	1	1	0	2	12	0	14	1	0
Cesar	114	9	3	1581	195	259	4630	200	674	2657	129	371	28	4	6	1	1	0	22	3	4
Chocó	114	4	2	184	17	22	489	102	96	113	19	25	6	1	1	0	0	0	1	0	1
Córdoba	172	7	4	2758	381	412	1874	254	228	772	126	96	11	3	1	1	1	0	2	0	0
Cundinamarca	46	2	4	8188	1022	1216	855	196	172	294	86	48	6	1	1	7	4	0	5	1	0
Guainía	5	0	0	139	11	18	8	5	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	44	2	1	188	57	27	355	35	131	69	7	18	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	70	3	3	3677	357	575	711	219	137	271	90	49	34	6	4	7	1	0	24	0	0
La Guajira	61	3	0	1269	239	192	2764	92	290	1471	64	140	52	2	3	2	1	0	4	1	0
Magdalena	82	4	2	1290	185	168	3217	83	481	1607	56	227	24	2	2	0	0	0	4	0	3
Meta	143	5	3	2382	290	352	9137	586	2279	2771	203	617	83	6	20	8	6	1	16	1	5
Nariño	57	1	0	4084	527	651	360	67	77	158	21	28	4	1	2	2	1	0	7	1	1
Norte de Santander	179	10	7	3864	456	636	3281	292	538	1261	142	190	55	5	5	17	14	2	4	1	0
Putumayo	76	2	2	1005	125	161	300	121	62	76	36	19	4	1	1	0	0	0	4	0	0
Quindío	9	0	1	1774	218	261	189	28	44	44	9	13	3	0	0	0	1	0	3	1	0
Risaralda	40	1	1	2326	316	369	101	31	22	42	13	12	1	0	0	3	3	0	10	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	186	25	35	8	3	3	1	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	20	0	0	1035	127	157	1915	24	142	856	14	65	8	1	0	1	0	0	6	1	0
Santander	100	5	3	4417	517	652	3526	482	511	1288	201	204	21	4	4	47	4	1	6	1	0
Sucre	47	2	4	1491	196	223	857	246	170	419	148	80	13	6	4	1	0	1	1	0	0
Tolima	87	5	2	4012	495	645	1760	417	341	514	162	93	23	5	5	2	3	0	14	2	2
Valle del Cauca	40	2	0	4886	601	646	845	410	203	283	161	73	6	3	2	1	1	0	34	6	6
Vaupés	21	1	2	119	14	11	27	6	16	5	0	1	0	0	0	1	0	0	7	1	1
Vichada	23	1	1	122	19	20	49	15	11	16	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	2.444	113	75	95.746	12.213	14.402	54.340	5.929	10.239	20.981	2.520	3.563	557	78	101	311	167	38	409	57	46

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 25

Decremento
Incremento

Departamento	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
	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	1181	137	112	1	6	0	3088	644	379	183	13	25	0	0	0	1464	415	227	5	8	5
Antioquia	4296	1127	647	130	93	29	505733	86116	70330	20240	3778	2431	2041	968	615	191697	33073	29062	360	408	360
Arauca	124	5	14	4	6	0	10819	2374	2267	1139	166	389	29	3	7	4079	793	734	30	31	30
Atlántico	1	0	1	3	12	1	73871	12782	10447	1949	270	159	1303	217	310	27599	5225	4240	56	108	56
Barranquilla D.E.	0	0	0	11	18	2	107360	18846	16683	5764	521	686	673	293	225	37764	7206	5412	101	128	101
Bogotá D.C.	0	0	0	99	106	41	763567	173130	131851	37818	7984	6443	4665	1960	1543	363696	54966	53665	359	379	359
Bolívar	984	147	164	16	12	7	67555	12091	10289	1659	231	242	226	109	77	16065	3320	2244	98	105	98
Boyacá	137	0	9	20	13	1	60462	14403	11951	3467	697	761	187	93	62	23345	4117	3398	51	69	51
Buenaventura D.E.	785	194	199	9	5	4	5103	816	1032	27	8	5	8	1	2	1676	565	283	28	40	28
Caldas	8	2	0	14	6	5	42816	8307	6992	1831	347	278	685	196	250	15759	2838	2485	47	49	47
Santiago de Cali D.E.	2	1	1	60	41	13	121894	27824	17761	3085	699	385	336	120	65	80164	12318	14341	119	141	119
Caquetá	224	12	18	12	8	7	17481	3488	3618	1291	196	274	10	9	2	8089	1555	1213	27	31	27
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	9	11	1	85721	17168	12181	5872	418	1062	883	279	325	25695	4730	3783	75	115	75
Casanare	19	3	0	5	2	1	11840	3220	2606	219	93	43	79	14	16	5440	1165	949	21	38	21
Cauca	963	294	142	25	13	7	50889	10998	7314	2403	311	368	120	83	27	18785	4853	2654	91	115	91
Cesar	7	2	1	24	11	9	56155	11895	8885	2567	631	428	199	86	64	12276	4198	1755	98	126	98
Chocó	10080	2559	1898	14	7	3	13281	2080	1709	695	168	142	23	6	12	8607	1029	1407	73	89	73
Córdoba	2496	881	331	10	13	4	104726	17191	18224	5609	459	1002	900	209	274	23618	5042	3474	122	181	122
Cundinamarca	0	0	0	43	28	14	175387	37624	30237	8273	1366	1999	535	390	179	80449	11897	11410	187	200	187
Guainía	1865	251	96	0	0	0	875	211	176	53	19	9	0	0	0	793	138	94	13	10	13
Guaviare	610	97	72	0	2	0	2730	732	520	516	40	105	31	9	6	2104	286	356	2	8	2
Huila	1	0	1	19	11	6	39528	12597	6504	2444	575	383	310	143	98	19206	3856	2313	85	87	85
La Guajira	17	1	0	6	8	2	131560	17329	21372	2045	528	306	399	63	131	20678	4335	3409	131	191	131
Magdalena	5	1	0	8	8	6	64325	8081	10088	1952	255	406	14	9	5	17739	3784	2323	58	91	58
Meta	901	55	164	7	8	2	41718	9066	9433	1681	326	379	115	83	35	23717	4458	4016	68	85	68
Nariño	1909	961	188	39	25	10	60156	14698	8841	4129	591	674	97	22	28	23043	5770	3107	81	102	81
Norte de Santander	379	129	56	43	21	12	86894	13627	10376	6009	924	805	490	178	111	27039	5397	4050	85	105	85
Putumayo	47	6	5	5	6	1	20000	2921	3100	668	155	133	27	9	8	7325	1011	907	18	29	18
Quindío	2	2	0	9	3	2	26790	6171	3818	1425	297	221	279	74	88	15720	2564	2158	30	28	30
Risaralda	1262	340	131	38	12	14	54537	9536	8606	1765	347	220	180	78	52	20439	3663	3026	48	54	48
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	2	0	3121	720	614	420	82	69	9	0	4	1178	291	189	2	6	2
Santa Marta D.T.	0	0	0	7	4	2	29622	5842	4976	1912	230	308	441	153	144	10039	1335	1437	40	43	40
Santander	10	2	1	62	24	22	132227	19271	18572	8821	1321	1393	1265	390	418	50859	7080	9446	90	110	90
Sucre	25	7	3	12	8	1	50781	7992	7629	3955	579	452	494	223	140	12356	3183	2138	63	88	63
Tolima	16	0	2	11	11	2	70228	15271	9326	5135	757	556	222	81	79	29160	4893	4017	53	73	53
Valle del Cauca	17	5	3	24	23	6	71311	14920	11097	1985	321	341	561	129	162	34893	6474	5039	79	105	79
Vaupés	722	208	432	4	3	1	3108	402	385	65	12	11	0	3	0	1413	109	238	4	7	4
Vichada	963	113	84	2	3	0	1122	441	192	2	3	1	0	0	0	768	250	169	20	18	20
Total nacional	30.061	7.702	4.432	806	614	238	3.168.381	620.825	500.381	149.073	25.718	23.894	17.836	6.683	5.564	1.264.736	218.184	191.168	2.918	3.601	2.918

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 25

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexa 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
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	0	1	62	4	8	1	0	0
Antioquia	7	7	0	293	53	28	11	3	0	824	75	65	1364	205	141	157	32	34
Arauca	2	0	0	17	1	1	0	1	0	22	1	2	58	8	4	6	1	1
Atlántico	1	2	0	39	4	3	1	0	0	14	1	1	423	68	50	18	1	7
Barranquilla D.E.	1	1	0	87	7	12	0	0	0	36	4	5	555	58	61	40	11	18
Bogotá D.C.	11	7	0	737	109	105	415	3	16	754	133	85	2447	409	339	588	123	207
Bolívar	6	2	0	22	2	5	1	0	0	21	2	1	248	28	29	13	4	1
Boyacá	1	1	1	80	15	15	9	1	0	63	5	5	377	71	40	53	6	16
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	21	2	4	0	0	0
Caldas	2	1	0	20	5	4	2	0	1	18	1	0	234	31	46	7	1	1
Santiago de Cali D.E.	0	2	0	72	16	9	1	0	0	23	4	2	507	74	63	48	7	7
Caquetá	0	1	0	16	2	3	1	0	0	3	1	1	125	12	14	1	1	0
Cartagena de Indias D.T.	0	1	0	32	5	1	0	0	0	42	2	1	259	36	31	29	16	4
Casanare	0	1	0	27	2	2	0	0	0	43	1	1	120	14	10	2	1	0
Cauca	0	2	0	29	6	3	2	0	0	18	2	0	141	27	16	41	0	7
Cesar	1	2	0	43	4	2	0	0	0	57	3	14	379	28	30	10	2	3
Chocó	0	1	0	3	0	0	0	0	0	101	5	6	16	4	2	7	0	1
Córdoba	2	3	0	88	13	17	0	0	0	14	2	0	620	76	84	29	5	4
Cundinamarca	3	4	1	185	33	16	142	2	5	136	30	15	1133	160	170	104	22	31
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	13	2	1	0	0	0
Guaviare	1	0	0	3	1	1	0	1	0	1	0	0	28	3	3	2	1	0
Huila	6	2	0	80	12	11	3	1	1	26	9	2	214	34	40	5	1	0
La Guajira	0	2	0	15	2	1	0	0	0	29	1	5	201	22	32	13	2	5
Magdalena	1	1	0	15	1	1	0	1	0	11	2	0	193	18	29	3	3	0
Meta	5	1	0	29	8	0	7	1	0	86	7	17	198	43	23	15	4	4
Nariño	7	2	0	67	11	8	1	1	0	46	11	11	400	54	71	15	0	2
Norte de Santander	1	2	0	94	15	10	0	0	0	83	4	5	925	64	61	7	2	1
Putumayo	1	1	0	28	3	2	0	1	0	15	1	2	85	14	6	6	0	1
Quindío	0	1	0	30	3	4	1	1	0	16	1	1	172	25	24	21	2	4
Risaralda	0	1	0	30	5	3	1	0	1	76	2	1	263	38	28	10	0	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	4	0	0	0	1	0	3	0	0	46	2	3	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	9	1	0	0	0	0	12	2	0	139	6	19	2	0	2
Santander	3	2	0	45	7	5	1	0	0	151	9	13	564	51	38	46	10	20
Sucre	2	1	0	26	6	3	2	1	0	25	8	0	242	27	39	22	4	3
Tolima	4	1	0	21	5	4	6	1	0	20	4	1	335	51	54	19	3	5
Valle del Cauca	2	2	0	75	13	4	0	0	0	8	2	1	555	89	81	12	3	3
Vaupés	0	0	0	3	0	0	1	1	0	87	0	2	13	0	1	2	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	3	1	0	19	0	6	64	1	2	1	0	1
Total nacional	71	56	2	2.365	395	283	612	19	24	2.913	335	272	13.739	1.944	1.697	1.356	268	394

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 25

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis Cutanea	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por novo 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
Amazonas	0	0	0	0	31	29	0	0	37	49	8	3
Antioquia	1	1	0	0	1107	1389	0	1	2607	2688	613	321
Arauca	1	0	0	0	149	97	0	0	81	127	11	7
Atlántico	0	0	0	0	185	169	0	0	468	426	1	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	116	100	0	0	449	441	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	1731	1369	0	0	2612	2897	0	0
Bolívar	0	2	0	0	245	306	0	0	286	241	224	212
Boyacá	2	0	0	0	258	273	0	0	516	441	97	56
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	85	71	0	0	48	46	8	13
Caldas	0	0	0	0	96	106	0	1	592	599	105	50
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	254	279	0	0	857	977	1	0
Caquetá	0	0	0	0	101	78	0	0	120	108	134	81
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	165	284	0	0	281	290	1	0
Casanare	6	0	0	1	180	136	0	0	144	125	3	3
Cauca	0	0	0	0	153	160	0	0	417	439	29	11
Cesar	3	0	0	0	394	469	0	0	296	293	106	189
Chocó	0	0	0	0	423	471	0	0	59	92	133	89
Córdoba	1	2	0	0	293	315	0	0	513	560	102	64
Cundinamarca	1	0	0	0	682	637	0	0	1126	1401	106	55
Guainía	0	0	0	0	31	14	0	0	14	11	9	5
Guaviare	0	0	0	0	53	38	0	0	29	35	160	67
Huila	0	0	0	0	229	215	0	3	403	400	4	7
La Guajira	0	0	0	0	901	819	0	0	145	168	16	20
Magdalena	0	0	0	0	320	307	0	0	185	187	4	6
Meta	1	0	0	0	225	259	0	0	346	301	103	55
Nariño	0	0	0	0	366	384	0	0	730	715	133	53
Norte de Santander	1	1	0	0	362	293	0	0	539	600	126	69
Putumayo	0	0	0	0	107	110	0	0	155	120	149	26
Quindío	0	0	0	0	54	48	0	0	256	257	0	1
Risaralda	0	0	0	0	224	226	0	0	591	590	60	38
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	6	8	0	0	12	17	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	58	69	0	0	149	153	7	8
Santander	3	0	0	0	250	242	0	0	813	810	378	467
Sucre	1	0	0	0	141	213	0	0	243	216	58	53
Tolima	1	0	0	0	181	179	0	0	576	550	125	52
Valle del Cauca	0	0	0	0	259	325	0	0	645	699	9	4
Vaupés	0	0	0	0	32	13	0	2	37	37	23	3
Vichada	0	0	0	0	147	94	0	0	12	17	18	22
Total nacional	22	6	0	1	10.593	10.594	1	7	17.390	18.123	2.928	2.112

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 25

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por novo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado
Amazonas	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1
Antioquia	14	5	10	7	4	2	13	22	6	5	67	230
Arauca	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	3	1
Atlántico	2	0	3	0	1	0	2	2	3	0	15	13
Barranquilla D.E.	1	2	2	0	1	1	2	4	1	1	12	17
Bogotá D.C.	1	1	10	10	0	0	24	15	0	0	76	569
Bolívar	3	0	4	0	1	0	4	5	2	3	12	4
Boyacá	0	1	1	1	1	0	3	1	1	0	12	14
Buenaventura D.E.	2	0	1	0	0	1	1	1	2	0	3	3
Caldas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	8
Santiago de Cali D.E.	5	0	3	1	1	0	5	1	0	0	22	31
Caquetá	6	0	2	3	0	0	4	1	1	0	4	5
Cartagena de Indias D.T.	4	0	3	4	1	0	4	5	1	0	10	28
Casanare	1	0	1	1	1	0	0	2	1	1	5	5
Cauca	0	0	5	2	2	1	5	3	0	1	16	1
Cesar	1	1	6	4	3	3	4	7	8	5	14	16
Chocó	1	2	6	4	13	12	20	16	22	16	6	9
Córdoba	1	2	4	0	1	0	4	7	4	1	19	22
Cundinamarca	1	1	5	4	0	1	8	7	0	0	35	80
Guainía	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1
Guaviare	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Huila	1	3	3	1	0	1	3	3	2	0	12	31
La Guajira	0	0	9	6	14	9	20	14	25	11	10	2
Magdalena	1	0	3	3	1	3	4	2	8	0	9	5
Meta	0	0	2	1	1	3	4	6	3	0	11	19
Nariño	1	0	6	4	0	2	6	5	2	0	17	17
Norte de Santander	2	0	4	0	1	0	1	4	2	1	17	38
Putumayo	0	0	1	0	0	2	1	0	1	1	4	5
Quindío	3	0	1	1	0	0	2	1	0	0	5	11
Risaralda	4	2	3	2	5	2	4	6	4	0	10	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Marta D.T.	0	0	2	1	1	1	1	0	0	1	6	10
Santander	2	1	2	0	0	1	2	3	1	0	23	30
Sucre	0	0	2	2	0	1	3	1	0	0	10	11
Tolima	6	9	3	2	1	1	5	4	0	1	13	15
Valle del Cauca	2	2	2	1	1	1	6	4	3	0	20	44
Vaupés	0	0	0	0	2	2	1	0	2	0	1	0
Vichada	0	0	1	1	1	0	2	3	5	6	1	0
Total nacional	344	313	108	66	68	51	174	155	123	54	514	1.309

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 25

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa 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 nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa epidemiológico		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado
Amazonas	2	1	8	10	0	0	28	34	1	0	310	271
Antioquia	77	57	579	734	0	1	1828	2376	60	59	10981	8407
Arauca	15	10	85	77	0	0	70	68	1	1	586	688
Atlántico	17	9	168	174	0	0	239	301	9	13	1251	1211
Barranquilla D.E.	22	13	198	195	0	2	422	476	10	19	1224	1479
Bogotá D.C.	66	49	413	516	0	0	649	723	18	21	14968	14669
Bolívar	21	10	142	155	1	3	103	110	2	2	1145	1163
Boyacá	14	5	50	44	0	0	83	96	1	1	2141	2068
Buenaventura D.E.	12	7	70	75	0	0	91	110	2	5	179	154
Caldas	10	8	65	78	0	0	162	161	2	4	1470	1628
Santiago de Cali D.E.	13	15	223	347	0	0	745	740	26	19	3665	3084
Caquetá	5	3	41	40	0	0	129	148	3	5	540	519
Cartagena de Indias D.T.	37	22	163	223	0	0	226	270	3	7	704	929
Casanare	17	10	67	83	0	0	77	105	2	2	418	524
Cauca	8	6	85	119	0	0	146	134	1	1	1618	1618
Cesar	22	16	162	140	0	0	224	245	1	6	1003	1027
Chocó	25	19	122	105	0	0	115	137	1	0	218	242
Córdoba	14	12	151	143	1	0	141	163	4	2	1668	1626
Cundinamarca	35	19	179	226	0	0	255	338	6	10	6779	7424
Guainía	3	3	8	8	0	0	11	12	0	0	101	106
Guaviare	2	2	13	10	0	0	20	26	1	0	154	221
Huila	5	10	74	92	0	1	222	236	5	4	2990	3030
La Guajira	33	17	185	159	0	0	277	394	4	5	655	703
Magdalena	17	5	114	128	1	0	93	102	1	4	696	676
Meta	25	34	116	154	0	0	329	364	11	12	1190	1302
Nariño	9	9	109	129	0	1	91	119	3	4	2171	2522
Norte de Santander	48	14	238	226	0	0	360	451	8	8	1826	2092
Putumayo	3	4	48	50	0	1	52	58	2	0	671	834
Quindío	5	6	46	55	0	0	138	159	2	4	1271	1229
Risaralda	14	7	86	92	0	1	316	356	12	4	1797	1829
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	4	3	0	0	6	8	0	1	117	112
Santa Marta D.T.	10	5	59	108	0	0	136	168	3	1	341	287
Santander	32	11	207	240	0	0	534	699	14	11	3086	3429
Sucre	8	7	101	101	0	1	53	47	0	1	895	890
Tolima	13	15	76	98	0	1	291	379	7	11	1523	1658
Valle del Cauca	13	14	150	231	0	0	366	524	11	12	3482	3612
Vaupés	1	2	3	4	0	0	10	16	0	0	133	203
Vichada	5	5	19	21	0	0	17	15	0	0	117	114
Total nacional	706	461	4.810	5.393	3	12	9.055	10.868	237	259	74.085	73.580



Semana epidemiológica **25**

21 al 27 de junio de 2026

TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de la leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral en Colombia con corte a la semana epidemiológica 24 de 2026

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora de Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

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



Consulte el historial de publicaciones del BES



Conozca más en www.ins.gov.co

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

53 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.25>