Salud

Instituto Nacional de Salud



BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Año 21

Vínculos entre el clima y los peligros alimentarios

Clima y peligros alimentarios: *una interacción emergente con implicaciones para la salud pública.*

Semana epidemiológica 30

26 de julio al 01 de agosto de 2026

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

109 AÑOS INS

Construyendo salud pública con y desde los territorios

Pág.

Tema central 3
Vínculos entre el clima y los peligros alimentarios

Situación nacional 8

Mortalidad 10

Eventos trazadores 18

Brotes y alertas 37

Tablas de mando por departamento 40

TEMA CENTRAL

Vínculos entre el clima y los peligros alimentarios

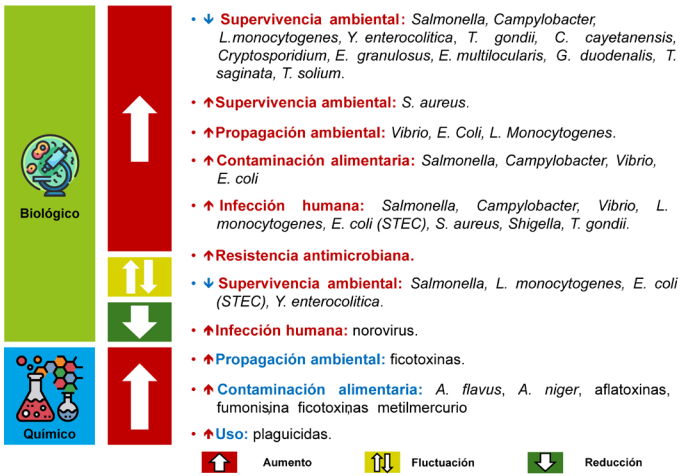
Jhonny Eddison Vargas Hernández, jvargash@ins.gov.co

El clima constituye un fenómeno natural complejo que desempeña un papel esencial en el equilibrio del planeta y, por ende, en la supervivencia de las diversas formas de vida que lo habitan. Bajo esta premisa, las alteraciones en los patrones normales de los factores o eventos climáticos, principalmente asociadas con el cambio climático, representan una amenaza latente para los sistemas naturales y sociales (1,2). En el contexto humano, la influencia del clima se extiende a múltiples escalas, ya que puede modificar el entorno, alterar la disponibilidad y el acceso a recursos vitales, y cambiar la dinámica de exposición a eventos de interés en salud pública (1-4).

Desde la óptica de la inocuidad alimentaria, los cambios en el clima tienen implicaciones sobre la producción y el suministro de alimentos. Además, parecen tener la capacidad de modificar el perfil, la distribución y la concentración de los peligros alimentarios, lo que conduce a variaciones en el comportamiento de la exposición y el riesgo asociados a estos agentes en la población. Al respecto, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) han resaltado la relevancia del abordaje de los nexos entre el clima y la inocuidad alimentaria, aunque señalan que, pese a ello, este aspecto ha sido poco explorado (5-9).

La evidencia científica reciente sugiere que distintos factores o eventos climáticos influyen sobre el comportamiento de los peligros alimentarios (figuras 1-3). Por un lado, el incremento de la temperatura parece reducir la supervivencia ambiental de bacterias y parásitos, excepto en el caso de *Staphylococcus aureus*. Además, parece favorecer la propagación ambiental de bacterias y ficotoxinas; la contaminación alimentaria con bacterias, micotoxinas, ficotoxinas y metilmercurio; la infección humana con bacterias y el parásito *Toxoplasma gondii*; la resistencia antimicrobiana; y el uso de plaguicidas. Por el contrario, su disminución parece potenciar la infección humana por norovirus (10-21) (figura 1).

Figura 1. Vínculos entre la temperatura y los peligros alimentarios



Fuente. Elaborado por autor

Figura 2. Vínculos entre la precipitación y los peligros alimentarios



Fuente. Elaborado por autor.

Por otro lado, el incremento de la precipitación parece favorecer la propagación ambiental de bacterias; la contaminación alimentaria con bacterias, parásitos protozoarios, plaguicidas y metales; la infección humana por bacterias, el parásito *T. gondii* y el norovirus; así como el uso de plaguicidas. No obstante, su reducción parece inducir una mayor contaminación alimentaria por hongos productores de micotoxinas, tales como *Aspergillus flavus* y *Aspergillus niger* (11,13-16,19,20) (figura 2). Por su parte, las inundaciones parecen favorecer la contaminación alimentaria con bacterias y parásitos protozoarios, la infección humana por bacterias y norovirus y la resistencia antimicrobiana (11,13-14,16,19) (figura 3).

Por último, la humedad parece favorecer la supervivencia ambiental de *S. aureus*, la infección humana por *Salmonella* y la contaminación alimentaria con hongos productores de micotoxinas de los géneros *Fusarium* y *Penicillium* (14,19,21) (figura 3). La velocidad del viento, incluyendo eventos extremos como ciclones y monzones, parece favorecer la propagación ambiental y la infección humana por bacterias (11,15), mientras que la sequía parece reducir la supervivencia ambiental de parásitos e incrementar la contaminación alimentaria con bacterias, micotoxinas y metilmercurio (11,15,20) (figura 3).

Teniendo en cuenta la existencia de estos posibles vínculos, cuyos mecanismos subyacentes aún no se comprenden completamente, así como la posibilidad de que las variaciones climáticas influyan en el comportamiento de los peligros alimentarios, recientemente se han desarrollado diferentes modelos para explorar, describir y predecir dichos fenómenos. En cuanto a los peligros químicos, estos se han centrado principalmente en las micotoxinas, entre que se encuentran los modelos de aflatoxinas en maíz, leche y cacahuate (maní); deoxinivalenol en avena, trigo y cebada; toxinas T-2 y HT-2 en avena; y zearalenona en arroz (22-31). Respecto a los peligros biológicos, los modelos disponibles se enfocan en la presencia de *Vibrio parahaemolyticus* en ostras (32-34) y de Salmonella en pollos de engorde (35).

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

Figura 3. Vínculos entre otros factores o eventos climáticos y los peligros alimentarios



Fuente. Elaborado por autor

Considerando el desarrollo reciente de modelos orientados a evaluar el comportamiento de los peligros alimentarios bajo diferentes condiciones climáticas, en 2025 el Grupo de Evaluación de Riesgos en Inocuidad de Alimentos (ERIA) del Instituto Nacional de Salud (INS) publicó una propuesta metodológica conceptual para la predicción del comportamiento de dichos peligros con base en información climática (36). A partir de esta iniciativa, se pretende generar una herramienta que permita identificar patrones inusuales de los peligros alimentarios asociados con variaciones climáticas y generar alertas anticipadas dirigidas a las entidades territoriales y otras partes interesadas. Bajo esta premisa, actualmente el grupo ERIA se encuentra ejecutando una prueba piloto con el fin de establecer la plausibilidad del uso de modelos clima-peligro alimentario en el territorio colombiano.

Conclusiones

La evidencia científica sugiere la existencia de vínculos entre distintos factores o eventos climáticos y los peligros alimentarios. La naturaleza multifactorial del clima y la inocuidad alimentaria requiere que su abordaje conjunto sea holístico mediante la aplicación del enfoque de Una Sola Salud. Los modelos actuales disponibles que analizan los nexos entre el clima y los peligros alimentarios son diversos y emplean distintas fuentes de información para su desarrollo, aunque actualmente se limitan a agentes concretos. Pese a ello, la construcción de un modelo para la predicción del comportamiento de los peligros alimentarios a partir de información climática es plausible en el contexto colombiano. Finalmente, la exploración de las conexiones entre el clima y los peligros alimentarios podría tener importantes contribuciones para la producción agroalimentaria, el comercio de alimentos y la salud pública.

Retos

El análisis de los vínculos entre el clima y los peligros alimentarios es un campo de conocimiento emergente en inocuidad alimentaria. En este sentido, es relevante considerar los siguientes aspectos:

- Ampliar el conocimiento respecto de las posibles relaciones entre el clima y los peligros alimentarios tales como virus, hongos, parásitos y sustancias químicas.
- Identificar los peligros alimentarios que tienen la capacidad de transmitirse a través de vías alternas.
- Definir la frecuencia, duración, niveles umbral e interacciones de los factores o eventos climáticos que favorecen al peligro alimentario.
- Determinar los alimentos principalmente implicados como medios de transmisión de los peligros alimentarios que son influenciados por los factores o eventos climáticos.
- Establecer los mecanismos subyacentes que explican los nexos entre el clima y los peligros alimentarios.

Referencias

1. Maslin M, Ramnath RD, Welsh GI, Sisodiya SM. Understanding the health impacts of the climate crisis. Future Healthc J [Internet]. 2025 [citado el 31 de julio de 2026];12(1):100240.
2. Patz JA, Campbell-Lendrum D, Holloway T, Foley JA. Impact of regional climate change on human health. Nature [Internet]. 2005 [citado el 31 de julio de 2026];438(7066):310–7.
3. World Health Organization (WHO). WHO Website [Internet]. 2023 [citado el 31 de julio de 2026]. Climate change.
4. Johnston FH, Williamson G, Borchers-Arriagada N, Henderson SB, Bowman DMJS. Climate Change, Landscape Fires, and Human Health: A Global Perspective. Annu Rev Public Health [Internet]. 2024 [citado el 31 de julio de 2026];45(1):295–314.
5. European Food Safety Authority (EFSA). Climate change as a driver of emerging risks for food and feed safety, plant, animal health and nutritional quality. EFSA Supporting Publications [Internet]. 2020 [citado el 31 de julio de 2026];17(6).
6. Food and Agriculture Organization (FAO). Climate change: Unpacking the burden on food safety. FAO [Internet]; 2020 [citado el 31 de julio de 2026].
7. Duchenne-Moutien RA, Neetoo H. Climate Change and Emerging Food Safety Issues: A Review. J Food Prot [Internet]. 2021 [citado el 31 de julio de 2026];84(11):1884–97.
8. Chandipwisa C, Uwishema O, Debebe A, Abdalmotalib MM, Barakat R, Oumer A, et al. Climate change and the global food chain: a catalyst for emerging infectious diseases? International Journal of Emergency Medicine [Internet]. 2025 [citado el 31 de julio de 2026];18(1):149.
9. Taiwo OR, Onyeaka H, Akinsemolu AA, Oladipo EK. Examining the nexus of climate change and food safety: A review. Applied Food Research [Internet]. 2025 [citado el 31 de julio de 2026];5(1):100884.
10. Manchal N, Young MK, Castellanos ME, Leggat P, Adegboye O. A systematic review and meta-analysis of ambient temperature and precipitation with infections from five food-borne bacterial pathogens. Epidemiol Infect [Internet]. 2024 [citado el 31 de julio de 2026];152:e98.
11. Duchenne-Moutien RA, Neetoo H. Climate Change and Emerging Food Safety Issues: A Review. J Food Prot [Internet]. 2021 [citado el 31 de julio de 2026];84(11):1884–97.
12. Misiou O, Koutsoumanis K. Climate change and its implications for food safety and spoilage. Trends Food Sci Technol [Internet]. 2022 [citado el 31 de julio de 2026];126:142–52.
13. Dietrich J, Hammerl JA, Johne A, Kappenstein O, Loeffler C, Nöckler K, et al. Impact of climate change on foodborne infections and intoxications. J Health Monit [Internet]. 2023 [citado el 31 de julio de 2026];1(8):78–92.
14. Balta I, Lemon J, Murnane C, Pet I, Vintila T, McCleery D, et al. The One Health aspect of climate events with impact on foodborne pathogens transmission. One Health [Internet]. 2024 [citado el 31 de julio de 2026];19:100926.
15. Hellberg RS, Chu E. Effects of climate change on the persistence and dispersal of foodborne bacterial pathogens in the outdoor environment: A review. Crit Rev Microbiol [Internet]. 2016 [citado el 31 de julio de 2026];42(4):548–72.
16. Smith B, Fazil A. How will climate change impact microbial foodborne disease in Canada? Canada Communicable Disease Report [Internet]. 2019 [citado el 31 de julio de 2026];45(4):108–13.
17. Mun SG. The effects of ambient temperature changes on foodborne illness outbreaks associated with the restaurant industry. Int J Hosp Manag [Internet]. 2020 [citado el 31 de julio de 2026];85:102432.
18. Morgado ME, Jiang C, Zambrana J, Upperman CR, Mitchell C, Boyle M, et al. Climate change, extreme events, and increased risk of salmonellosis: foodborne diseases active surveillance network (FoodNet), 2004-2014. Environmental Health [Internet]. 2021 [citado el 31 de julio de 2026];20(1):105.
19. Gobena T, Mengistu DA. Impact of Climate Variability on Foodborne Diarrheal Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. Public Health Rev [Internet]. 2025 [citado el 31 de julio de 2026];46.
20. Pozio E. How globalization and climate change could affect foodborne parasites. Exp Parasitol [Internet]. 2020 [citado el 31 de julio de 2026] ;208:107807.
21. Milicevic D, Lakicevic B, Petronijevic R, Petrovic Z, Jovanovic J, Stefanovic S, et al. Climate Change: Impact on Mycotoxins Incidence and Food Safety. Theory and practice of meat processing [Internet]. 2019 [citado el 31 de julio de 2026];4(1):9–16.

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

22. Focker M, Eupen M van, Verweij P, Liu C, Haren C van, Fels-Klerx HJ van der, et al. Effects of Climate Change on Areas Suitable for Maize Cultivation and Aflatoxin Contamination in Europe. Toxins [Internet]. 2023 [citado el 31 de julio de 2026];15(10).

23. Battilani P, Toscano P, Van Der Fels-Klerx HJ, Moretti A, Camardo Leggieri M, Brera C, et al. Aflatoxin B1 contamination in maize in Europe increases due to climate change. Scientific Reports [Internet]. 2016 [citado el 31 de julio de 2026];6(1):24328.

24. Obaid RS, S Al-Warshan SH, Abed - IA, Okwara C, Afolabi I, Ahuekwe - E, et al. Climate change will increase aflatoxin presence in US Corn. Environmental Research Letters [Internet]. 2022 [citado el 31 de julio de 2026];17(5):054017.

25. Kerry R, Ingram B, Garcia-Cela E, Magan N, Ortiz B V., Scully B. Determining future aflatoxin contamination risk scenarios for corn in Southern Georgia, USA using spatio-temporal modelling and future climate simulations. Scientific Reports [Internet]. 2021 [citado el 31 de julio de 2026];11(1):13522.

26. Van der Fels-Klerx HJ, Vermeulen LC, Gavai AK, Liu C. Climate change impacts on aflatoxin B1 in maize and aflatoxin M1 in milk: A case study of maize grown in Eastern Europe and imported to the Netherlands. PLoS One [Internet]. 2019 [citado el 31 de julio de 2026];14(6):e0218956.

27. Kim DY, Getachew F, Tillman BL, Zurweller B, Hammond WM, Zare A, et al. Developing statistical models of aflatoxin risk in peanuts using historical weather data. Agron J [Internet]. 2024 [citado el 31 de julio de 2026];116(5):2346–61.

28. Marzec-Schmidt K, Börjesson T, Suproniene S, Jędryczka M, Janavičienė S, Góral T, et al. Modelling the Effects of Weather Conditions on Cereal Grain Contamination with Deoxynivalenol in the Baltic Sea Region. Toxins [Internet]. 2021 [citado el 31 de julio de 2026];13(11).

29. Hjelkrem AGR, Aamot HU, Brodal G, Strand EC, Torp T, Edwards SG, et al. HT-2 and T-2 toxins in Norwegian oat grains related to weather conditions at different growth stages. European Journal of Plant Pathology [Internet]. 2018 [citado el 31 de julio de 2026];151(2):501–14.

30. Lee HS, Kwon N ji, Kim Y, Lee H. Prediction of mycotoxin risks due to climate change in Korea. Applied Biological Chemistry [Internet]. 2018 [citado el 31 de julio de 2026];61(4):389–96.

31. Joo Y, Ok HE, Kim J, Lee SY, Jang SK, Park KH, et al. A statistical model for determining zearalenone contamination in rice (Oryza sativa L.) at harvest and its prediction under different climate change scenarios in South Korea. Applied Biological Chemistry [Internet]. 2019 [citado el 31 de julio de 2026];62(1):38.

32. Ndraha N, Hsiao HI. A climate-driven model for predicting the level of Vibrio parahaemolyticus in oysters harvested from Taiwanese farms using elastic net regularized regression. Microb Risk Anal [Internet]. 2022 [citado el 31 de julio de 2026];21:100201.

33. Ndraha N, Lin HY, Lin HJ, Hsiao HI. Modeling the risk of Vibrio parahaemolyticus in oysters in Taiwan by considering seasonal variations, time periods, climate change scenarios, and post-harvest interventions. Microb Risk Anal [Internet]. 2023 [citado el 31 de julio de 2026];25:100275.

34. Ortiz-Jiménez MA. Quantitative evaluation of the risk of Vibrio parahaemolyticus through consumption of raw oysters (Crassostrea corteziensis) in Tepic, Mexico, under the RCP2.6 and RCP8.5 climate scenarios at different time horizons. Food Research International [Internet]. 2018 [citado el 31 de julio de 2026];111:111–9.

35. Linville JW, Schumann D, Aston C, Defibaugh-Chavez S, Seebohm S, Touhey L. Using a Six Sigma Fishbone Analysis Approach To Evaluate the Effect of Extreme Weather Events on Salmonella Positives in Young Chicken Slaughter Establishments. J Food Prot [Internet]. 2016 [citado el 31 de julio de 2026];79(12):2048–57.

36. Instituto Nacional de Salud; Grupo de Evaluación de Riesgos en Inocuidad de Alimentos (ERIA). Metodología: propuesta para la predicción de peligros alimentarios a partir de información climática. Bogotá, D.C., Colombia. 2025.

SITUACIÓN NACIONAL

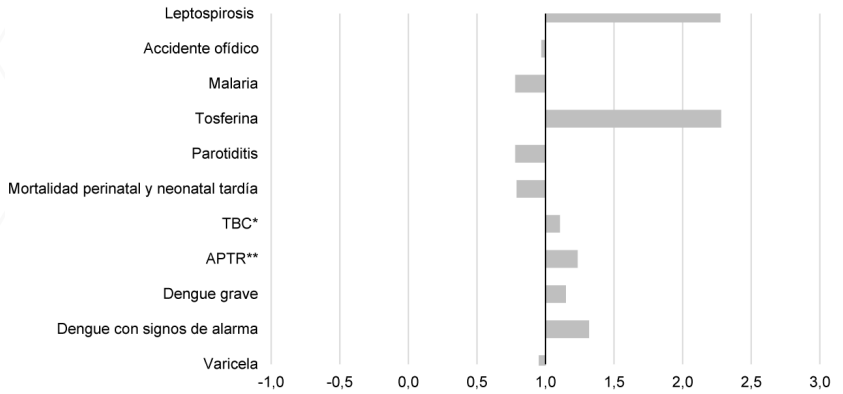
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la Semana Epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis de los eventos de dengue grave y dengue con signos de alarma, se excluye el año 2024, dado que corresponde a un periodo epidémico que podría sesgar los resultados.

Los datos son ajustados semanalmente por rezago en la notificación de los eventos de interés en salud pública.

Para la semana epidemiológica 30 de 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 4).

Figura 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 30 del 2026



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

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

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

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 30 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	89 013	109 970	-8,52	0,00

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

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros, en los cuales se asume ocurrencia aleatoria en el tiempo, se calculó la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2021 a 2025. Con un nivel de confianza de p< 0,05 se determinó si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

Los casos esperados se construyen con casos históricos que han sido confirmados, mientras que los casos observados corresponden a la notificación de la semana analizada exceptuando los casos descartados.

En la semana epidemiológica 30 del 2026, el evento de zika se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 30 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	11	2	0.00
Leishmaniasis cutánea	5	66	0.00
Lepra	5	5	0.18
Chikunguña	1	1	0.37
Leishmaniasis mucosa	0	1	1.00
Mortalidad por dengue	4	5	0.16
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0.14

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 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 30 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

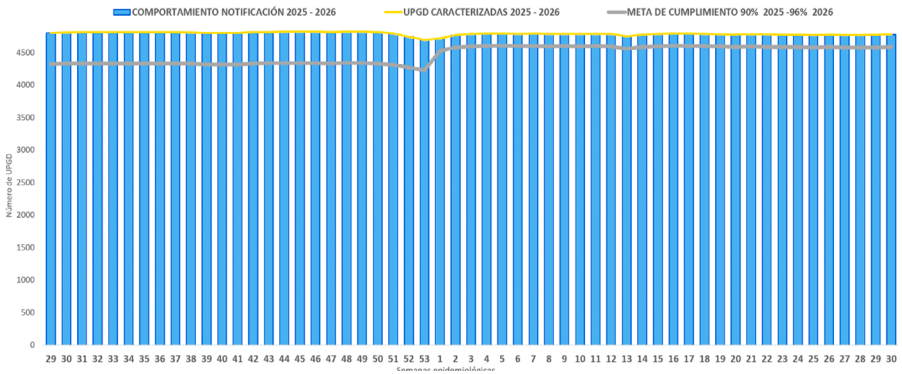
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 122 /1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y el mismo comportamiento con respecto a la semana epidemiológica 30 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 100,0 % (4 777 / 4 777); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con respecto a la semana 30 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

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 4 586 UPGD en la semana analizada (figura 5).

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

Figura 5. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 30 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 análisis[1].

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

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

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

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

A semana epidemiológica 30 del 2026, se han notificado 371 muertes probables en menores de cinco años, siete (7) casos de infección respiratoria aguda (IRA), dos (2) de desnutrición aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 361 casos notificados de residentes en Colombia, 222 fueron por IRA, 76 por desnutrición (DNT) aguda y 63 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 164 fueron confirmados, 68 descartados y 129 se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 30 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 30 2026			Casos en estudio a SE 30 2026			Tasa a SE 30 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	**42**	**87**	**35**	**27**	**85**	**17**	**1,15**	**2,39**	**0,96**
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	2	9	0	5	13	3	0,48	2,15	0,00
Arauca	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00	4,30
Atlántico	0	2	0	0	1	0	0,00	1,69	0,00
Barranquilla	1	3	1	0	2	0	1,24	3,71	1,24
Bogotá, D.C.	0	8	0	0	12	1	0,00	1,88	0,00
Bolívar	2	4	0	1	4	0	1,83	3,66	0,00
Boyacá	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	1	2	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	1	0	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	2	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	0	0	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	1	1	2	3	0	0,00	0,82	0,82
Cesar	3	5	2	5	1	1	2,24	3,73	1,49
Chocó	12	13	8	6	10	2	18,55	20,09	12,36
Córdoba	1	6	0	0	3	0	0,59	3,55	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	4	0	0,00	0,88	0,00
Huila	0	2	1	0	0	0	0,00	1,89	0,95
La Guajira	13	7	7	2	9	1	11,65	6,27	6,27
Magdalena	0	2	3	1	0	1	0,00	2,23	3,34
Meta	2	3	0	0	3	1	2,35	3,52	0,00
Nariño	0	4	2	0	1	0	0,00	3,20	1,60
Norte de Santander	0	3	0	0	0	0	0,00	2,61	0,00
Putumayo	1	0	1	0	0	1	2,99	0,00	2,99
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	2	2	0	4	0	0,00	3,39	3,39
Santa Marta	1	0	1	0	0	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	1	1	0	2	0	0,00	0,66	0,66
Sucre	0	1	1	0	0	0	0,00	1,15	1,15
Tolima	0	2	0	1	3	2	0,00	2,19	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	1	1	1	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	4	0	1	2	2	1	23,54	0,00	5,89

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

Tasa de mortalidad: *se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.*
Nota: *las entidades territoriales que no registraron casos a SE 30 de 2026, no figuran en la tabla.*

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 30 del 2026 se han notificado 222 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 49 confirmadas por laboratorio, 38 confirmadas por clínica, 50 descartadas, y 85 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,39 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 30 fueron 176, para una tasa de mortalidad de 4,77 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 30 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, Bolívar, Santiago de Cali, Caquetá, La Guajira, Magdalena y Valle del Cauca; 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 30 de 2026 son *Rhinovirus*, *Bordetella pertussis*, y *enterovirus*, entre otros (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 30, 2025–2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Rhinovirus	10	2	5	1	0	18	9	2	1	2	2	16
Bordetella pertussis	7	0	0	0	0	7	13	0	0	0	0	13
Enterovirus	8	1	2	1	0	12	4	2	0	2	2	10
Streptococcus pneumoniae	2	2	1	1	0	6	4	1	0	1	2	8
Adenovirus	4	0	1	1	1	7	1	1	1	3	1	7
Haemophilus influenzae B	6	4	0	1	0	11	3	2	0	1	1	7
Staphylococcus aureus	7	1	1	0	0	9	5	1	1	0	0	7
Virus Sincitial Respiratorio	7	2	2	0	0	11	7	0	0	0	0	7
Metapneumovirus	2	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	4
Moraxella catarrhalis	2	3	1	0	0	6	2	1	0	0	1	4
Pseudomona aeruginosa	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	3
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
Influenza A	4	0	2	1	0	7	0	0	0	0	1	1
Klebsiella pneumoniae	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	4	1	0	1	0	6	1	0	0	0	0	1
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza B	**1**	**2**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Parainfluenza tipo 4	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	70	20	16	7	1	114	55	11	5	10	11	92

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 30 de 2026 se han notificado 76 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 42 confirmadas, siete (7) descartadas y 27 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,15 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 30 fue de 102, para una tasa de mortalidad de 2,77 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 30 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 y Risaralda, y a nivel municipal en Medio Baudó, Riohacha, Maicao, Uribia y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

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

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 30 de 2026 se han notificado 63 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 33 confirmadas por clínica, dos (2) confirmadas por laboratorio, 11 descartadas y 17 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,96 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 30 fue de 45 para una tasa de mortalidad de 1,33 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 30 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, Magdalena y Risaralda; 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 definiciones[1]:

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

En el país se realiza la vigilancia de la muerte materna que incluye la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna temprana[2].

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 30 de 2026 se notificaron al Sivigila trece (13) casos: tres (3) muertes maternas tempranas, siete (7) muertes maternas tardías y tres (3) muertes maternas coincidentes. El país acumula 80 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 76 residen en territorio colombiano y cuatro (4) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

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

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 30, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	150	88	45	283
2024	120	82	32	234
2025	107	93	27	227
2026p	76	68	32	176

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 26 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá D.C., Antioquia, La Guajira y Chocó. Al comparar con el promedio histórico 2022–2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Córdoba, Norte de Santander y Santander; sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 6).

Al realizar el análisis desagregado por municipio, se presentó un (1) caso de muerte materna temprana en Frontino (Antioquia), San Martín de Loba (Bolívar), Caldono (Cauca), Buenavista (Córdoba), Santa Ana (Magdalena); en el promedio histórico 2022–2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 30 de 2026, el 56,6 % corresponde a causas directas y el 35,5 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,7 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 30 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 30	Acumulado de casos a SE 30	
		2025	2026
Colombia	**133**	**107**	**76**
Bogotá, D.C.	11	10	10
Antioquia	13	13	8
La Guajira	11	8	7
Chocó	8	4	5
Cartagena de Indias	4	1	4
Cesar	7	9	4
Cundinamarca	6	5	4
Magdalena	4	1	4
Nariño	7	5	4
Caquetá	2	1	3
Cauca	5	1	3
Tolima	4	3	3
Huila	3	2	2
Risaralda	3	3	2
Sucre	2	1	2
Bolívar	5	5	1
Boyacá	2	1	1
Buenaventura	2	1	1
Santiago de Cali	3	3	1
Casanare	1	3	1
Córdoba	5	4	1
Meta	3	1	1
Quindío	1	1	1
Santa Marta	2	0	1
Valle del Cauca	2	2	1
Vichada	2	1	1
Arauca	1	0	0
Atlántico	5	5	0
Barranquilla	3	4	0
Caldas	1	0	0
Guainía	1	2	0
Guaviare	0	0	0
Norte de Santander	5	4	0
Putumayo	1	0	0
Santander	3	3	0

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

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

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 30 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 30	Valor observado SE 30
Colombia	133	76
Frontino (Antioquia)	0	1*
San Martín de Loba (Bolívar)	0	1*
Caldono (Cauca)	0	1*
Buenavista (Córdoba)	0	1*
Santa Ana (Magdalena)	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 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 30 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 30	Número de casos y proporción a SE 30 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	**114**	**120**	**100**	**107**	**100**	**76**	**100**
DIRECTA	**72**	**75**	**62,5**	**68**	**63,6**	**43**	**56,6**
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	24	23	19,2	24	22,4	15	19,7
Hemorragia obstétrica	22	24	20,0	19	17,8	9	11,8
Evento tromboembólico como causa básica	7	7	5,8	7	6,5	7	9,2
Sepsis obstétrica	6	5	4,2	6	5,6	4	5,3
Embarazo ectópico	6	5	4,2	6	5,6	3	3,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	3,3	4	3,7	2	2,6
Embolia de líquido amniótico	2	3	2,5	0	0,0	1	1,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	2,5	2	1,9	1	1,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Otras causas directas	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	**40**	**43**	**35,8**	**37**	**34,6**	**27**	**35,5**
Otras causas indirectas	15	17	14,2	13	12,1	16	21,1
Otras causas indirectas: neumonía	7	5	4,2	8	7,5	5	6,6
Sepsis no obstétrica	7	5	4,2	8	7,5	3	3,9
Otras causas indirectas: cáncer	6	8	6,7	4	3,7	3	3,9
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	1,9	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	1,7	2	1,9	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	4	3,3	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por COVID 19	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	0,9	0	0,0
En estudio	**2**	**2**	**1,7**	**1**	**0,9**	**6**	**7,9**

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 vida[1]. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia (n <=30 acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson, y para los departamentos y distritos con alta frecuencia (n >30 acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2021 y 2025 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos (p<0,05). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal[2].

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

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

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

A semana epidemiológica 30 del 2026 se han notificado 3 542 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 506 corresponden a residentes en Colombia y 36 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 30 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Casanare, Putumayo, Guaviare, y San Andrés y Providencia (tabla 9).

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

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Dosquebradas (Risaralda), Tunja (Boyacá), Santander de Quilichao (Cauca), Caldono (Cauca), Granada (Meta), Inírida (Guainía), La Estrella (Antioquia), Arauquita (Arauca), Pueblo Bello (Cesar), Alto Baudó (Chocó), Roberto Payán (Nariño), Caldas (Antioquia), El Litoral del San Juan (Chocó), Isnos (Huila), Puerto López (Meta), Peñol (Antioquia), Cicuco (Bolívar), Paipa (Boyacá), Bahía Solano (Chocó), Carmen del Darién (Chocó), Quimbaya (Quindío), Guamo (Tolima), Zambrano (Bolívar), Tolú Viejo (Sucre), y Restrepo (Valle del Cauca) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,7 %, seguido de neonatales tempranas con 28,0 %, neonatales tardías con 17,8 %, y las fetales intraparto con 11,5 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,6 %, seguido de prematuridad e inmaturidad con el 17,2 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,9 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 30 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 30 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 30	Acumulado de casos a SE 30	
		2025	2026
Colombia	4321	3241	3506
Antioquia	488	385	434
Bogotá, D.C.	457	362	433
Cundinamarca	241	218	209
La Guajira	228	155	153
Córdoba	221	137	152
Santiago de Cali	170	148	144
Cesar	152	122	130
Cauca	140	89	119
Bolívar	129	95	117
Barranquilla	157	92	114
Santander	133	88	103
Nariño	119	123	100
Valle del Cauca	121	103	100
Norte de Santander	130	88	99
Huila	104	71	95
Chocó	104	61	94
Cartagena de Indias	134	89	91
Meta	103	100	84
Sucre	108	60	78
Atlántico	128	75	69
Magdalena	110	84	65
Tolima	87	60	63
Boyacá	81	67	62
Risaralda	63	48	58
Caldas	57	49	50
Santa Marta	53	39	50
Buenaventura	46	41	35
Arauca	36	14	34
Quindío	34	26	34
Caquetá	39	28	33
Vichada	23	21	25
Casanare	44	38	23
Putumayo	34	23	21
Guainía	12	10	16
Amazonas	11	11	9
Vaupés	8	5	5
Guaviare	9	7	3
San Andrés y Providencia	8	9	2

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

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

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 30 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 30 2021 - 2025	Valor observado a SE 30 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	**4 321**	**3 506**	**-**
Manaure (La Guajira)	20	27	13
Cumaribo (Vichada)	14	21	12
Dosquebradas (Risaralda)	13	20	21
Tunja (Boyacá)	9	16	27
Santander de Quilichao (Cauca)	11	16	3
Caldono (Cauca)	10	15	2
Granada (Meta)	7	15	25
Inírida (Guainía)	8	13	3
La Estrella (Antioquia)	3	10	15
Arauquita (Arauca)	5	9	10
Pueblo Bello (Cesar)	5	9	4
Alto Baudó (Chocó)	3	9	17
Roberto Payán (Nariño)	2	7	8
Caldas (Antioquia)	2	6	1
El Litoral del San Juan (Chocó)	2	6	1
Isnos (Huila)	2	6	10
Puerto López (Meta)	2	6	4
Peñol (Antioquia)	1	5	13
Cicuco (Bolívar)	2	5	6
Paipa (Boyacá)	2	5	13
Bahía Solano (Chocó)	1	5	18
Carmen del Darién (Chocó)	2	5	4
Quimbaya (Quindio)	2	5	6
Guamo (Tolima)	2	5	6
Zambrano (Bolívar)	1	4	9
Tolú Viejo (Sucre)	1	4	10
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	24

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 30, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 30, 2024 -2026					
	2024 a SE 30	(%)	2025 a SE 30	(%)	2026 a SE 30	(%)
Colombia	**3528**	**100,0**	**3241**	**100,0**	**3506**	**100,0**
Asfixia y causas relacionadas	927	26,3	898	27,7	897	25,6
Prematuridad-inmaturidad	586	16,6	548	16,9	603	17,2
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	536	15,2	501	15,5	489	13,9
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	403	11,4	342	10,6	336	9,6
Malformación congénita	313	8,9	278	8,6	271	7,7
Infecciones	307	8,7	293	9,0	268	7,6
Otras causas de muerte	231	6,5	202	6,2	214	6,1
Sin información	0	0,0	0	0,0	181	5,2
Causas no específicas	87	2,5	52	1,6	129	3,7
Trastornos cardiovasculares	105	3,0	93	2,9	80	2,3
Convulsiones y trastornos neurologicos	17	0,5	16	0,5	24	0,7
Lesión de causa externa	16	0,5	18	0,6	14	0,4

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

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

EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 30 de 2026, a partir de las variables registradas en las fichas epidemiológicas de los eventos colectivos e individuales (códigos INS 995 y 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: Corresponde a todas las atenciones por IRA en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización general, UCI/UCIM y defunciones, según los códigos CIE-10 de J00 a J22[1].

Los canales endémicos para consultas externas, urgencias 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 27 a 30 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 23 a 26 de 2026), sin alcanzar la significancia estadística (variación porcentual inferior −30 %) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2026 y 27 a 30 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 23 a 26 de 2026	SE 27 a 30 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	482 238	425 219	-11,82%	
Hospitalización en sala general	23 267	19 215	-17,42%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 767	2 281	-17,56%	

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 30 del 2026 se notificaron 118 114 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó un incremento en La Guajira, mientras que Amazonas, Atlántico, Arauca, Barranquilla, Caldas, Santiago de Cali, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Huila, Nariño, Quindío, San Andrés, Santa Marta y Tolima presentaron disminución. Las 19 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en municipios con más de 100 000 habitantes, se observó un incremento en cinco municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios con más de 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 del 2026

Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	36 529	46 324	3 329	7 387
Antioquia	Rionegro	22 752	29 919	2 149	5 171
Atlántico	Soledad	53 555	49 063	7 631	5 066
Antioquia	Itagüí	52 837	44 809	6 174	4 593
Cundinamarca	Soacha	50 082	38 542	5 566	4 240
La Guajira	Uribia	29 739	31 023	2 702	4 101
Antioquia	Bello	37 873	41 030	5 121	3 405
Cundinamarca	Chía	35 183	27 166	4 623	3 157
Risaralda	Dosquebradas	18 048	15 173	1 952	1 931
Santander	Floridablanca	16 642	15 866	2 194	1 657
Santander	Barrancabermeja	19 100	17 054	1 601	1 617
Cundinamarca	Zipaquirá	13 854	12 555	2 036	1 613
Córdoba	Cereté	10 819	12 487	1 036	1 509
Antioquia	Apartadó	10 892	12 051	1 329	1 451
Valle del Cauca	Palmira	17 214	13 675	1 993	1 415
Boyacá	Sogamoso	11 983	9 961	1 671	1 348
Casanare	Yopal	9 046	7 574	1 467	1 340
Bolívar	Magangué	13 086	11 471	1 513	1 243
Antioquia	Envigado	16 546	16 283	2 055	1 219
Boyacá	Duitama	13 231	10 689	1 912	1 204
Magdalena	Ciénaga	13 589	11 548	1 594	1 194
Antioquia	Turbo	9 142	8 780	1 146	1 135
Córdoba	Lorica	9 247	10 080	1 210	1 048
Valle del Cauca	Tuluá	8 277	7 104	908	1 036
Cundinamarca	Madrid	8 370	9 944	1 258	976
Cundinamarca	Girardot	13 421	9 026	1 705	962
Huila	Pitalito	8 217	5 427	1 231	909
Valle del Cauca	Cartago	10 409	7 852	1 326	903
Cundinamarca	Facatativá	11 161	8 165	1 713	902
Norte de Santander	Ocaña	10 468	8 376	1 162	805
Valle del Cauca	Buenaventura	3 995	6 080	707	791
Valle del Cauca	Yumbo	9 293	7 462	1 157	780
Cundinamarca	Funza	9 523	9 317	969	770
Cauca	Santander De Quilichao	7 267	5 325	1 057	732
Santander	Piedecuesta	6 207	5 878	546	707
Cesar	Aguachica	7 260	6 819	952	617
Córdoba	Sahagún	14 902	5 463	2 089	583
Santander	Girón	5 330	4 778	405	492
Atlántico	Malambo	4 015	4 269	580	379
Cundinamarca	Mosquera	4 556	3 637	518	374
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 261	3 810	474	320
Cauca	Guapi	2 949	2 180	230	308
Nariño	La Florida	452	399	41	31

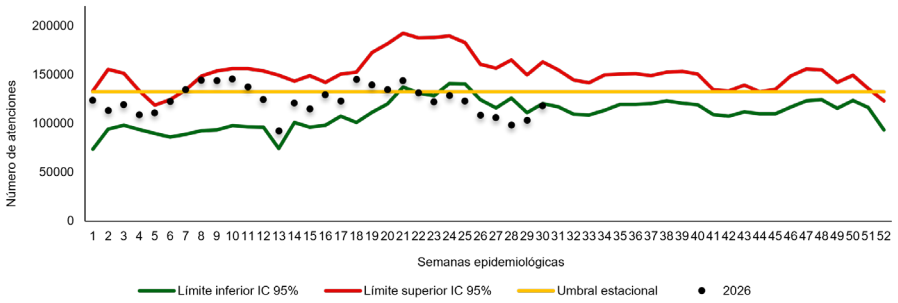
*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (27 a 30 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 25,5 % (108 785) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 18,1 % (77 299). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en los niños de 1 año con el 10,8 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 9,8 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas 06 y 11, manteniéndose dentro de los límites esperados, 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 epidemiológicas 18 y 21, manteniéndose dentro de los límites esperados. Posteriormente, entre las semanas 22 y 30 se observó una disminución marcada, ubicándose por debajo del límite inferior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 de 2026



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

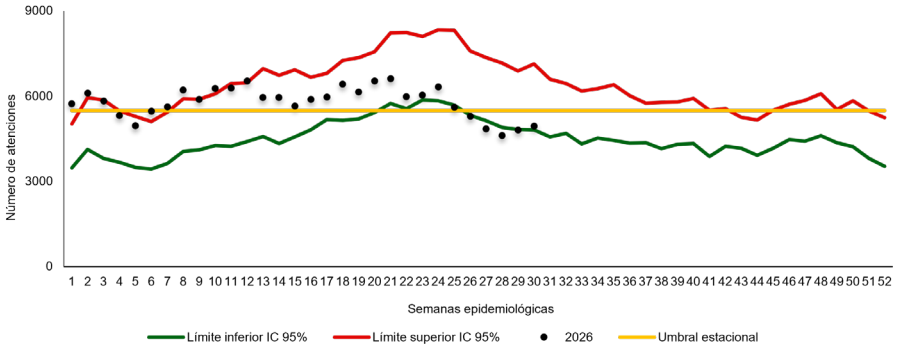
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 30 del 2026 se notificaron 4 940 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Atlántico, Buenaventura, Caldas, Casanare, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Norte de Santander, San Andrés, Sucre y Vaupés; así mismo, se observó aumento en Amazonas Arauca, Barranquilla, Cartagena de indias y Guaviare. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (27 a 30 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 524) representaron el 28,7 %, seguidos de los menores de 1 año con el 14,9 % (2 872). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 24,9 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 19,8 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones presentaron una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior entre las semanas epidemiológicas 01 y 12 de 2026. Posteriormente, entre las semanas epidemiológicas 13 y 24, se observó una disminución de los casos, aunque estos continuaron por encima del umbral estacional. Esta tendencia descendente se mantuvo entre las semanas 25 y 28, con valores situados por debajo del límite inferior. Sin embargo, en las semanas 29 y 30 se evidenció un nuevo incremento en las atenciones, ubicándose nuevamente por encima del límite inferior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 de 2026



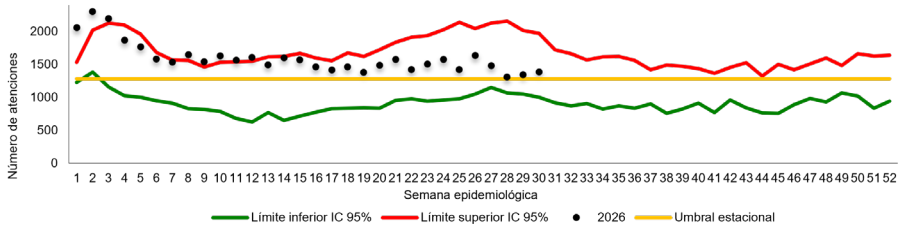
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 30 del 2026, se notificaron 1 386 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 30 de 2026 ubicándose dentro de lo esperado (figura 8).

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

Figura 8. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 de 2026



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

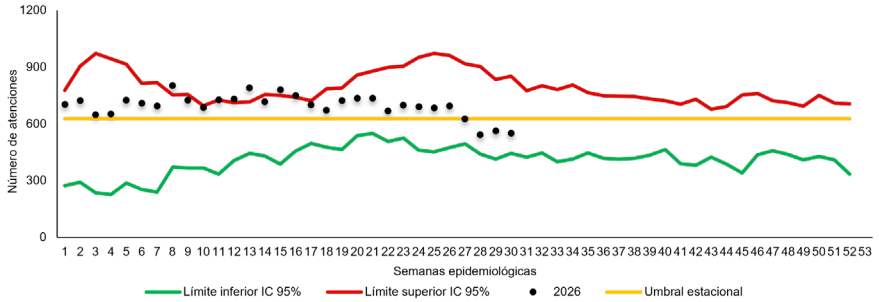
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 30 del 2026 se notificaron 550 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Guaviare y Casanare. Se registró disminución en Antioquia, Barranquilla, Boyacá, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Cundinamarca, Meta, Nariño, Norte de Santander, Risaralda y Sucre. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (27 a 30 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 37,6 % (859), seguido de los menores de 1 año con el 23,8 % (544) 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 18,9 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 14,4 %.

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 30 (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 de 2026

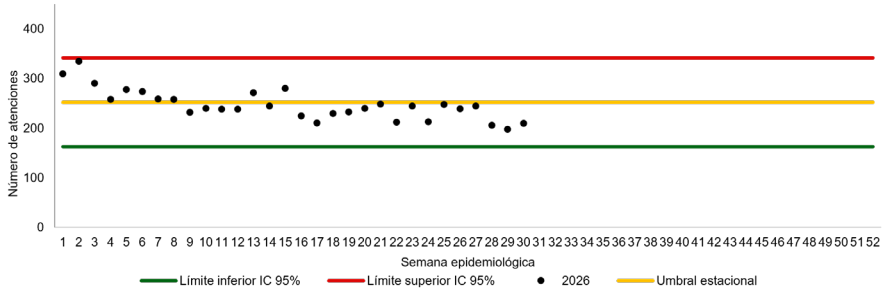


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 30 del 2026, se notificaron 210 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 30 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 de 2026



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

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

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.

De acuerdo con el El Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), durante el periodo julio-septiembre de 2026 las condiciones climáticas del país estarán influenciadas por el fenómeno El Niño, favoreciendo una disminución de las precipitaciones en amplias zonas de las regiones Caribe y Andina, donde se esperan déficits persistentes de lluvia. Para julio, las precipitaciones estarían por debajo de lo normal en el Caribe, la región Andina y el Archipiélago de San Andrés y Providencia, mientras que la Amazonía y el Pacífico presentarían condiciones mixtas. Asimismo, se prevé un predominio de anomalías positivas en la temperatura del aire entre julio y diciembre de 2026. Estas condiciones de menor precipitación y aumento de la temperatura podrían favorecer la circulación de agentes respiratorios y aumentar el riesgo de presentación de infecciones respiratorias agudas (IRA), especialmente en poblaciones vulnerables[1].

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

Considerando las condiciones climáticas previstas, la estacionalidad del evento y el comportamiento epidemiológico esperado de las infecciones respiratorias agudas, se recomienda a las entidades territoriales

- Fortalecer las estrategias de comunicación del riesgo orientadas a promover la adopción de medidas de prevención no farmacológicas, tales como el lavado frecuente de manos, la higiene respiratoria, el uso adecuado de tapabocas cuando esté indicado, la ventilación de espacios cerrados y el aislamiento de personas sintomáticas.
- Reforzar las actividades de vigilancia epidemiológica de IRA mediante las estrategias establecidas, garantizando el monitoreo continuo de los indicadores para la identificación oportuna de cambios en el comportamiento del evento y la implementación de acciones de respuesta cuando se requiera.
- Implementar procesos de información, educación y comunicación dirigidos a la identificación temprana de signos y síntomas de alarma, promoviendo la consulta oportuna y las medidas de cuidado en el hogar, con énfasis en menores de cinco años, personas de 60 años y más, gestantes y personas con comorbilidades.
- Intensificar las acciones de vacunación contra influenza estacional y COVID-19, priorizando los grupos de riesgo y el aprovechamiento de todas las oportunidades de contacto con los servicios de salud.
- Fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud frente a un posible aumento de la demanda por eventos respiratorios, garantizando la oportunidad en la atención, el diagnóstico y el manejo clínico de los casos.
- Mantener la vigilancia y notificación oportuna de conglomerados o brotes de enfermedad respiratoria, de acuerdo con los protocolos vigentes, facilitando la investigación epidemiológica y la implementación temprana de medidas de control.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas sigue siendo el virus dominante (57,1 %) asociadas al subtipo A(H3N2) representando un 20,6 % del total subtipificado. Respecto a influenza B la subregión de América del Norte y Caribe predomina la detección de este virus. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en las subregiones Centroamérica y Brasil y cono Sur. Con relación a SARS-CoV-2 se mantiene estable y en niveles bajos en la mayoría de las subregiones, excepto en Caribe donde alcanza un 10,6 % de positividad. Para más información consulte Flunet Home Page (datos regionales).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 30, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), rinovirus, adenovirus, *metapnemovirus*, parainfluenza e influenza. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un comportamiento al decremento en la positividad general. Los patógenos que presenta aumento en el periodo analizado fueron influenza A y parainfluenza; al decremento, 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 14). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

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

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 23 a 30 de 2026

Agente viral identificado	SE 23 a 26 de 2026			SE 27 a 30 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	**55,5**	**62,7**	**32,2**	**51,1**	**56,6**	**34,6**	
Rinovirus	8,2	8,5	-	8,3	8,0	-	
Virus sincitial respiratorio	42,8	51,7	35,7	25,5	36,8	11,1	
Enterovirus	5,4	5,0	7,1	8,3	4,8	11,1	
Adenovirus	7,6	6,9	3,6	6,3	8,8	5,6	
Influenza B	2,2	0,8	-	3,1	1,6	-	
Influenza A	10,4	5,4	35,7	15,6	13,6	11,1	
Parainfluenza	8,2	8,1	7,1	14,6	14,4	16,7	
Metapnemovirus	3,3	4,2	-	3,1	4,0	5,6	
A(H1N1)pdm09	1,6	0,8	7,1	3,6	0,8	11,1	
SARS-CoV2	2,5	1,2	-	1,0	1,6	-	
A(H3N2)	5,2	4,2	3,6	7,3	4,0	16,6	
Coronavirus	2,7	3,1	-	3,1	1,6	11,1	

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 Nacional de Salud. Clima y salud. Julio 2026 [Internet]. Bogotá: INS; 2026 [citado 2026 Ago 6]. Disponible en: *https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/07-clima-salud-julio-2026-.pdf*

COVID-19

Metodología

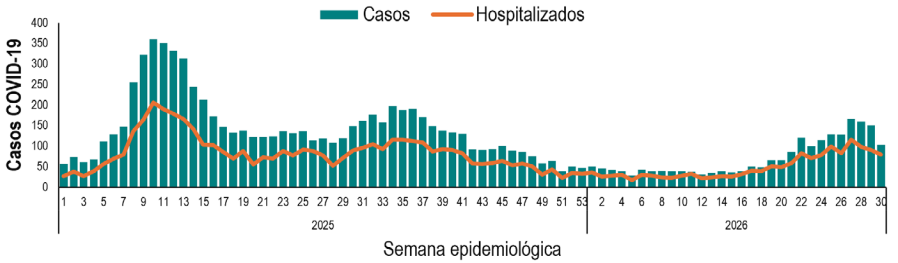
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 30 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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

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

En lo corrido de 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 30), con corte al 01 de agosto y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 2 156 casos de COVID-19, de los cuales 2 155 son procedentes de Colombia y uno (1) del exterior. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 27 a 30) se registraron 587 casos, un incremento del 22,5 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 23 a 26), en el que se reportaron 479 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 383 casos, un incremento del 15,7 % frente a las 331 del periodo anterior. Con el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 27 a 30), en el que se notificaron 502 casos, se observa un incremento en 2026 del 16,9 % respecto al año anterior (figura 11).

Figura 11. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 30 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 30 de 2026
**SE: semana epidemiológica*

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 27 a 30 de 2026) se registró una incidencia de 1,1 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 32 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 118 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en los departamentos de Boyacá, Cauca, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Sucre, Arauca y Putumayo, así como en el distrito de Bogotá D.C.

A nivel municipal, dicho incremento se observó en Bello (Antioquia), Arauquita, Saravena y Tame (Arauca), Duitama (Boyacá), Popayán (Cauca), Soacha y Funza (Cundinamarca), San José de Cúcuta y Tibú (Norte de Santander), Bucaramanga y Floridablanca (Santander) y Sincelejo (Sucre).

Entre el período epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2026) y el período actual (semanas epidemiológicas 27 a 30 de 2026), se observó un incremento en la notificación de casos en la mayoría de los grupos de edad. Los mayores incrementos porcentuales se registraron en los grupos de 50 a 59 años (114,3 %), 2 a 4 años (71,4 %), 30 a 39 años (45,5 %), 60 a 69 años (39,1 %), 70 a 79 años (30,8 %), 10 a 19 años (25,0 %), menores de un año (18,3 %), 1 año (13,8 %) y 20 a 29 años (9,1 %).

En contraste, los grupos de 90 a 99 años, 40 a 49 años y 5 a 9 años registraron disminuciones de 12,5 %, 12,0 % y 10,3 %, respectivamente, siendo los únicos grupos con reducción de casos durante el período evaluado. El grupo de 80 a 89 años se mantuvo sin variación (0,0 %). Por su parte, el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos períodos analizados (tabla 15).

Tabla 15. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (23 a 30) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 23 a 26 2026	SE 27 a 30 2026		
Menor de un año	164	194	18,3	
1 año	58	66	13,8	
2 a 4 años	35	60	71,4	
5 a 9 años	29	26	-10,3	
10 a 19 años	28	35	25,0	
20 a 29 años	22	24	9,1	
30 a 39 años	22	32	45,5	
40 a 49 años	25	22	-12,0	
50 a 59 años	14	30	114,3	
60 a 69 años	23	32	39,1	
70 a 79 años	26	34	30,8	
80 a 89 años	25	25	0,0	
90 a 99 años	8	7	-12,5	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	479	587	22,5	

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 23 a 30 de 2026
PE: periodo epidemiológico SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia 17 fallecimientos asociados a COVID-19: seis (6) en Bogotá D.C., tres (3) en Arauca (Saravena y Arauca) y uno (1) en cada uno de los departamentos de La Guajira (Riohacha), Nariño (Pasto), Quindío (Montenegro), Córdoba (Montería), Magdalena (Pivijay), Antioquia (Peñol), Cesar (Astrea) y uno en el distrito de Santiago de Cali.

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.

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 30 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 30 del 2026 se notificaron 2 606 casos de dengue: 2 025 casos de esta semana y 581 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 66 147 casos, 39 910 (60,3 %) sin signos de alarma, 25 571 (38,7 %) con signos de alarma y 666 (1,0 %) de dengue grave.

El 68,0 % (45 000) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Bolívar, Cesar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, La Guajira, Casanare, Cartagena de Indias y Antioquia (tabla 16). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 26 a 29 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Casanare, Santander, Cesar, Norte de Santander, Magdalena y Antioquia concentran el 61,8 % (6 506 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 26 a 29 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Archipiélago de San Andrés y Providencia, Atlántico, Barranquilla, Boyacá, Caldas, Cartagena de Indias, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en las entidades territoriales de Caquetá y La Guajira mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

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

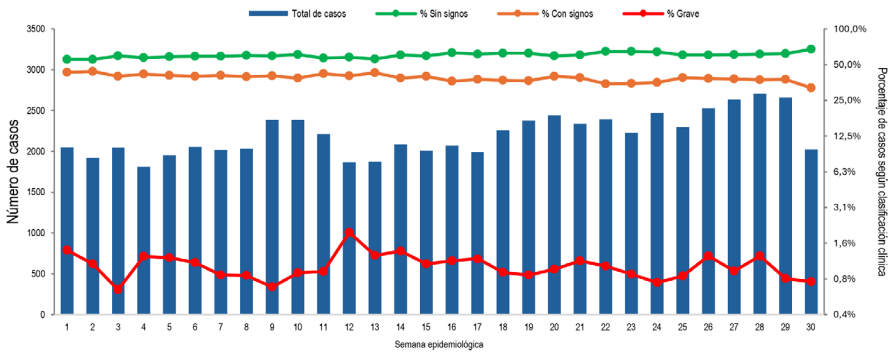
Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 30 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 22 - 25 2026)	Observado (SE 26-29 2026)
Meta	10 981	30.2	0.9	2 029	1 651
Bolívar	5 514	40.1	1.5	1 016	1 007
Cesar	5 456	56.6	0.7	651	702
Santander	4 312	38.3	0.6	495	712
Norte de Santander	4 055	38.1	1.6	470	659
Magdalena	3 899	50.2	0.7	456	561
La Guajira	2 983	53.5	1.7	258	176
Casanare	2 781	29.3	0.6	796	792
Cartagena de Indias	2 627	19.5	1.1	144	234
Antioquia	2 392	36.5	1.0	434	422
Córdoba	2 201	42.6	0.5	246	269
Tolima	2 109	29.5	1.3	277	420
Atlántico	2 065	44.9	0.8	187	406
Barranquilla	2 017	44.5	0.8	139	262
Santa Marta	1 976	44.8	0.3	105	92
Arauca	1 742	32.2	1.0	394	332
Sucre	1 122	49.0	1.0	163	204
Valle del Cauca	1 067	33.6	0.7	177	231
Cundinamarca	1 038	36.2	0.9	133	209
Santiago de Cali	902	37.5	0.4	110	142
Huila	819	38.2	4.5	100	138
Chocó	645	22.2	1.1	117	114
Guaviare	586	21.2	0.3	74	238
Amazonas	523	14.5	0.0	57	63
Nariño	475	40.6	1.1	72	110
Caquetá	378	51.1	2.4	57	22
Putumayo	288	25.7	1.4	32	49
Quindío	237	24.1	1.7	39	58
Boyacá	200	49.5	1.0	50	70
Cauca	136	34.6	2.2	23	26
Exterior	135	43.7	3.0	17	28
Risaralda	135	41.5	1.5	15	35
Caldas	129	41.9	0.0	19	31
Buenaventura	89	32.6	1.1	16	18
Vichada	66	31.8	0.0	15	12
Vaupés	41	12.2	0.0	7	23
Archipiélago de San Andrés	18	38.9	0.0	2	7
Guainía	8	37.5	0.0	0	1
Total	**66 147**	**38.7**	**1.0**	**9 392**	**10 526**

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 12); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 26 a 29 de 2026) fueron: Cesar, Córdoba, Magdalena y La Guajira.

Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 30, 2026

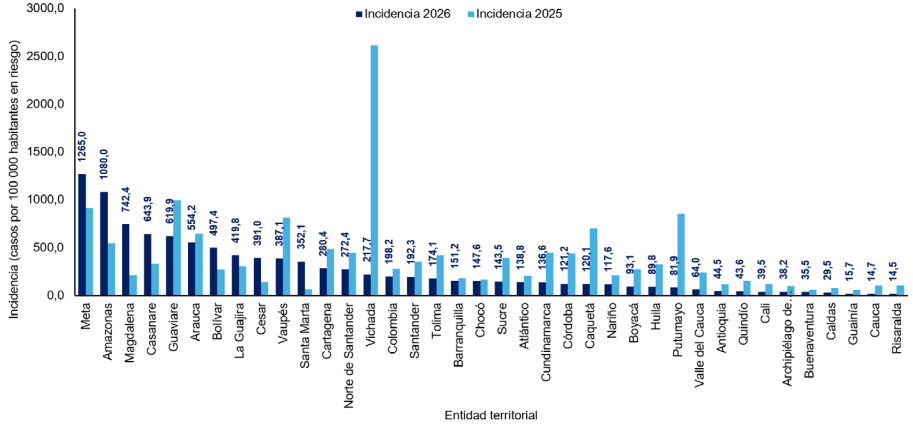


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

A semana epidemiológica 30 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 198,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 278,5 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá,D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, Casanare, Guaviare, Arauca y Bolívar presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 30 del 2026 registrando tasas superiores a 490 casos por 100 000 habitantes (figura 13). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 402,5 casos por 100 000 habitantes.

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

Figura 13. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 30 de 2025 y 2026

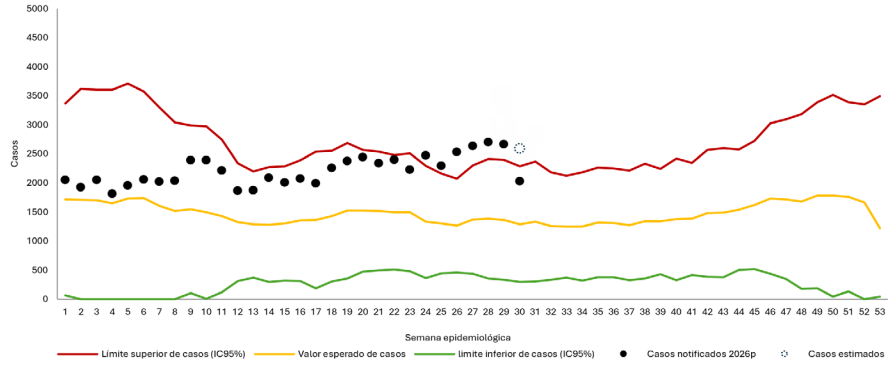


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 30 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 12,1 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 26 a 29 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 22 a 25, 2026) (figura 14). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 30), se observa una reducción del 28,8 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 92 727 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 24,3 % (9) está dentro de lo esperado, el 32,4 % (12) se encuentra en situación de alerta y el 43,2 % (16) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Figura 14. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 30 de 2026



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

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 30 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 30, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla D. E., Boyacá, Cartagena de Indias, Cesar, Casanare, Meta, Guaviare, Quindío, Magdalena, Santa Marta, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vaupés.
Alerta	Antioquia, Cundinamarca, Caldas, Chocó, La Guajira, Nariño, Santander, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda, Sucre, Tolima,
Dentro de lo esperado	Buenaventura, Cauca, Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Guainía, Huila, Valle del Cauca, Vichada

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 30 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 19,6 % (162) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 35,1 % (20/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

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

Tabla 18. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 30 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		(SE 22-25 2026)	(SE 26-29 2026)
Antioquia	Envigado	13,2	32	8	8
Atlántico	Barranquilla	153,8	2 017	139	262
	Soledad	76,0	520	33	101
Bolívar	Cartagena de Indias	249,0	2 627	144	234
	Turbaco	377,3	439	39	52
Cesar	Valledupar	361,4	1 995	210	221
	Aguachica	415,8	511	89	108
Córdoba	Cereté	193,6	213	36	44
Cundinamarca	Fusagasugá	22,4	37	3	17
Chocó	Quibdó	100,8	134	31	30
La Guajira	Riohacha	478,8	1 003	73	71
Santa Marta	Santa Marta	357,7	1 976	105	92
Meta	Villavicencio	1547,1	7 889	1 334	1 060
Nariño	San Andrés de Tumaco	120,9	311	40	69
Norte de Santander	Ocaña	178,7	212	18	64
Quindío	Armenia	18,6	58	11	15
Santander	Bucaramanga	244,1	1511	174	270
Tolima	Ibagué	144,1	784	131	182
Arauca	Arauca	258,1	259	69	62
Casanare	Yopal	287,0	518	163	205

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

A semana epidemiológica 30 del 2026, se han notificado 174 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 40 casos, se han descartado 90 casos y se encuentran en estudio 44 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 78 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 30, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 30, 2026	Letalidad por dengue a SE 30, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	10	0	0,34	0,05
Huila	2	0	0,24	0,20
Atlántico	3	1	0,15	0,07
Magdalena	5	2	0,13	0,09
Santa Marta	2	0	0,10	0,28
Cundinamarca	1	1	0,10	0,03
Sucre	1	1	0,09	0,06
Antioquia	2	5	0,08	0,13
Cesar	3	2	0,05	0,00
Bolívar	3	7	0,05	0,10
Norte de Santander	2	1	0,05	0,03
Meta	5	7	0,05	0,13
Santander	1	0	0,02	0,09
Tolima	0	5	0,00	0,04
Casanare	0	2	0,00	0,00
Nariño	0	2	0,00	0,00
Putumayo	0	2	0,00	0,17
Valle del Cauca	0	2	0,00	0,00
Arauca	0	1	0,00	0,10
Barranquilla	0	1	0,00	0,13
Boyacá	0	1	0,00	0,00
Caldas	0	1	0,00	0,00
Colombia	40	44	0,06	0,08

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30,0 %. 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***

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 30 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

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

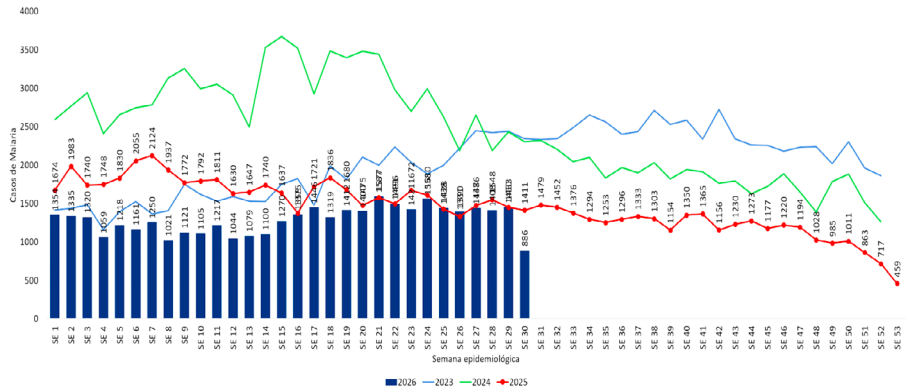
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución para la malaria, como se muestra en la figura 15.

Figura 15. Comportamiento epidemiologico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 30 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 30 del 2026 se notificaron 1 852 casos de malaria, para un acumulado de 38 656 casos, de los cuales 38 206 son de malaria no complicada y 450 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 70,7 % (27 323), seguido de *Plasmodium falciparum* con 28,3 % (10 926) e infección mixta con 1,1 % (407). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (35,6 %), Antioquia (13,8 %), Córdoba (8,1%), Nariño (5,9 %),Guainía (5,4 %), Risaralda (4,1 %), Amazonas (3,6 %), Cauca (3,6 %), Bolívar (3,2 %), Vichada (3,0 %), Meta (2,9 %), Buenaventura (2,6 %) y Vaupés (2,3 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 70,9 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 23 a 26 2026	Casos SE 27 a 30 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	2 500	453	528	16,78
Córdoba	Tierralta	2 069	271	264	20,42
Guainía	Inírida	1 841	123	119	46,51
Risaralda	Pueblo Rico	1 443	183	161	85,82
Chocó	Lloró	1 191	187	130	109,63
Chocó	Bagadó	1 081	255	169	89,52
Antioquia	El Bagre	1 066	169	111	18,69
Buenaventura	Buenaventura	994	213	150	3,06
Chocó	Istmina	951	106	121	27,20
Meta	Puerto Gaitán	875	151	96	18,53
Vichada	Cumaribo	800	112	58	8,92
Chocó	Medio San Juan	759	105	115	62,70
Vaupés	Mitú	727	87	74	19,86
Cauca	Timbiquí	709	152	100	24,75
Chocó	Juradó	661	92	98	85,41
Bolívar	Montecristo	660	98	93	35,46
Chocó	Alto Baudó	622	84	118	19,33
Chocó	Río Quito	621	142	68	65,81
Cauca	Guapi	563	107	75	18,69
Nariño	Olaya Herrera	545	39	65	20,38
Chocó	El Cantón del San Pablo	527	108	82	73,88
Chocó	Carmen del Darién	523	83	134	22,99
Antioquia	Nechí	521	81	94	18,43
Chocó	Tadó	519	114	123	25,00
Amazonas	Tarapacá (CD)	508	46	40	113,04
Córdoba	Puerto Libertador	465	69	54	10,09
Norte de Santander	Tibú	453	64	80	7,23
Antioquia	Cáceres	432	50	57	13,69
Chocó	Bajo Baudó	404	55	119	11,56
Nariño	El Charco	378	50	41	16,07
Guaviare	San José del Guaviare	365	56	30	5,48
Amazonas	La Pedrera (CD)	360	10	13	82,68
Nariño	Roberto Payán	349	46	44	25,89
Chocó	Atrato	345	46	70	48,78
Antioquia	Chigorodó	344	105	32	5,46

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 70,9 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 48,0 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de El Bagre, Lloró. Puerto Gaitán, Bagadó, Montecristo, Cumaribo y Puerto Libertador y en incremento el municipio de Inírida Pueblo Rico, Quibdó, Juradó, Nechí y Carmen del Darien (tabla 21). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 63,6 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Timbiquí, Buenaventura, Guapi, Rio Quito, Lloró, El Charco, Bagadó, Medio Atrato, Inírida y Magüi y en incremento los municipios de Quibdó, Istmina, Medio San Juan, Olaya Herrera y Alto Baudo como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 30 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 23 a 26 de 2026	Casos SE 27 a 30 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	246	242	-2%	6,7%
Guainía	Inírida	108	112	4%	5,9%
Risaralda	Pueblo Rico	129	136	5%	4,5%
Antioquia	El Bagre	164	108	-34%	3,7%
Chocó	Quibdó	178	195	10%	3,7%
Chocó	Lloró	106	76	-28%	2,9%
Meta	Puerto Gaitán	144	91	-37%	2,8%
Chocó	Bagadó	155	103	-34%	2,7%
Vaupés	Mitú	77	76	-1%	2,5%
Chocó	Juradó	90	98	9%	2,4%
Bolívar	Montecristo	102	94	-8%	2,4%
Vichada	Cumaribo	92	48	-48%	2,3%
Antioquia	Nechí	80	93	16%	1,9%
Chocó	Carmen del Darien	80	121	51%	1,8%
Córdoba	Puerto Libertador	68	52	-24%	1,7%

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

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

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 30 de 2026

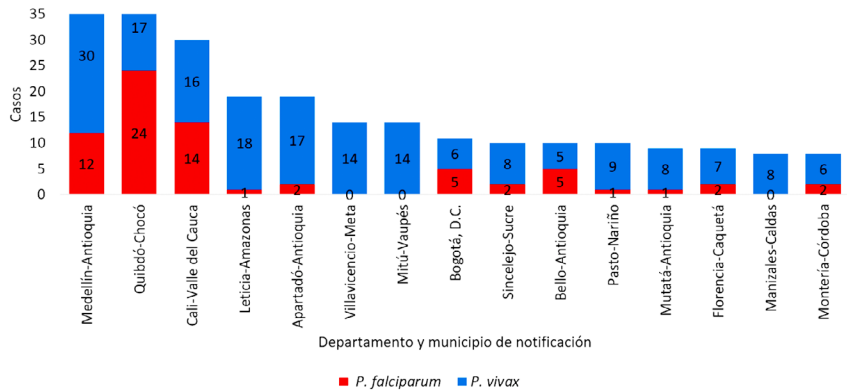
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 23 a 26 de 2026	Casos SE 27 a 30 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	274	342	25%	13,9%
Cauca	Timbiquí	149	99	-34%	6,4%
Buenaventura	Buenaventura	157	116	-26%	6,3%
Cauca	Guapi	100	73	-27%	4,8%
Chocó	Istmina	52	62	19%	4,4%
Chocó	Rio Quito	103	54	-48%	4,2%
Chocó	Medio San Juan	67	72	7%	3,5%
Chocó	Lloró	83	55	-34%	3,3%
Nariño	El Charco	43	37	-14%	3,0%
Chocó	Bagadó	89	63	-29%	2,9%
Nariño	Olaya Herrera	13	38	192%	2,5%
Chocó	Alto Baudo	38	66	74%	2,2%
Chocó	Medio Atrato	55	36	-35%	2,2%
Guainía	Inírida	15	7	-53%	2,1%
Nariño	Magüi	39	9	-77%	2,1%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 30 de 2026 se han notificado 450 casos de malaria complicada, que son notificados por 32 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 88,2 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 57,8 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 16).

Figura 16. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 30 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 30 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran siete departamentos en situación de incremento y siete departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 39 municipios en incremento y 69 municipios en decremento (tabla 23).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 30 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 30 2025	Acumulado 2026	SE 30 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Leticia	4	420	15	133	1	11	20
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	136	0	0	5
Antioquia	Frontino	4	160	11	282	13	41	48
Antioquia	Anorí	4	44	3	152	2	10	21
Antioquia	Medellín	4	15	0	16	1	2	5
Antioquia	Cáceres	4	436	12	435	9	32	57
Antioquia	Nechí	5	747	7	526	24	42	94
Antioquia	Caucasia	4	268	9	155	6	17	22
Bolívar	Río Viejo	4	15	3	104	4	7	21
Bolívar	Montecristo	5	668	31	670	11	65	95
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	54	1	65	2	4	9
Bolívar	Santa Rosa	4	8	0	9	1	0	3

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

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 30 2025	Acumulado 2026	SE 30 2026	Esperado	Observado
Caquetá	La Montañita	4	7	0	9	0	0	4
Caquetá	Florencia	4	244	4	112	1	2	7
Cauca	Timbiquí	5	870	4	710	12	90	100
Cauca	El Tambo	1	4	0	3	0	1	3
Cauca	Patía	4	8	0	3	2	0	2
Chocó	El Carmen de Atrato	4	142	6	227	7	5	28
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	672	13	527	8	46	82
Chocó	Condoto	4	139	2	197	12	20	49
Chocó	Nóvita	5	220	8	279	19	31	70
Chocó	Belén de Bajirá	5	107	3	401	6	12	61
Chocó	Lloró	5	1284	34	1198	10	110	131
Chocó	Istmina	5	871	33	961	22	99	122
Chocó	Unión Panamericana	5	153	3	170	5	24	33
Chocó	Juradó	4	227	12	661	10	28	98
Chocó	Carmen del Darién	5	611	9	526	6	66	134
Chocó	Atrato	5	223	6	348	26	56	70
Guaviare	Calamar	4	118	2	171	9	14	52
Meta	Puerto Concordia	4	47	0	48	4	2	7
Meta	Puerto Gaitán	4	236	6	889	10	11	99
Meta	Villavicencio	4	40	2	32	3	2	8
Norte de Santander	Teorama	4	2	0	17	2	3	8
Norte de Santander	Convención	4	3	1	29	0	0	20
Norte de Santander	El Carmen	4	4	0	12	0	0	6
Risaralda	Pereira	4	26	1	20	0	1	6
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	179	6	25	0	1	6
Vaupés	Carurú	4	12	0	7	0	1	4
Vichada	Puerto Carreño	4	189	11	342	1	7	14

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad, cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2 DE, y/o presenta los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas[1].

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 30 del 2026, se han notificado 12 644 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 12 585 corresponden a residentes en Colombia y 59 casos de residentes en el exterior.

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

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (31 de 2025 a 30 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 Risaralda (tabla 24).

El 83,1 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,9 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,3 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (28,1 %) 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 30 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Guainía, Norte de Santander, San Andrés y Vaupés; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 218 municipios a nivel nacional (19,4 %) y de disminución en 85 municipios (7,6 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 23 municipios (tabla 25).

Tabla 24. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 30, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 30 de 2025	Casos a SE 30 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	**12 900**	**12 585**	**0,53**	**19,4**	**7,6**
La Guajira	991	965	1,54	33,3	26,7
Chocó	531	564	1,28	41,9	16,1
Vichada	135	129	1,19	0,0	25,0
Risaralda	283	331	0,83	21,4	7,1
Guaviare	47	43	0,75	0,0	0,0
Arauca	113	118	0,71	14,3	28,6
Cartagena de Indias	312	338	0,69	0,0	0,0
Magdalena	511	371	0,68	17,2	6,9
Cesar	588	590	0,64	20,0	20,0
Boyacá	313	338	0,62	15,4	1,6
Casanare	161	154	0,59	5,3	26,3
Vaupés	20	17	0,58	0,0	16,7
Antioquia	1770	1615	0,55	23,2	2,4
Nariño	432	475	0,55	18,8	7,8
Bogotá, D.C	1679	1572	0,54	0,0	0,0
Norte Santander	410	356	0,54	7,5	7,5
Bolívar	369	359	0,54	28,9	6,7
Cundinamarca	716	747	0,51	16,4	5,2
Amazonas	45	31	0,50	9,1	9,1
Putumayo	123	120	0,49	15,4	15,4
Meta	250	288	0,48	31,0	13,8
Sucre	230	249	0,46	42,3	3,8
Santiago de Cali	339	327	0,45	0,0	0,0
Valle del Cauca	399	376	0,44	35,0	5,0
Buenaventura	110	79	0,41	0,0	0,0
Huila	284	245	0,39	10,8	8,1
Guainía	29	18	0,39	0,0	11,1
Tolima	195	212	0,38	17,0	4,3
Santa Marta	111	96	0,37	0,0	0,0
Córdoba	289	376	0,35	23,3	13,3
Caldas	110	116	0,33	14,8	0,0
Caquetá	93	90	0,33	0,0	25,0
Barranquilla	181	120	0,31	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	3	11	0,30	100,0	0,0
Quindío	48	60	0,29	8,3	8,3
Atlántico	204	206	0,29	18,2	31,8
Santander	311	280	0,28	11,5	3,4
Cauca	165	203	0,28	31,0	4,8

*SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 31 de 2025 a SE 30 de 2026.*

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

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

Tabla 25. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 30 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	212	130
Risaralda	Dosquebradas	30	90
Cundinamarca	Fusagasugá	44	76
Tolima	Ibagué	38	66
Sucre	Sincelejo	34	65
Valle del Cauca	Tuluá	23	38
Antioquia	Rionegro	24	37
Cesar	Aguachica	18	33
Cauca	Popayán	21	29
Huila	Pitalito	20	29
Boyacá	Duitama	19	28
Quindío	Armenia	34	28
Santander	Floridablanca	20	28
Antioquia	Apartadó	42	26
Valle del Cauca	Cartago	16	25
Santander	Girón	34	22
Santander	Piedecuesta	29	22
Cauca	Santander de Quilichao	14	19
Antioquia	Envigado	12	17
Atlántico	Sabanalarga	26	16
Atlántico	Malambo	22	11
Norte de Santander	Villa del Rosario	34	11
Cundinamarca	Girardot	33	10

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

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

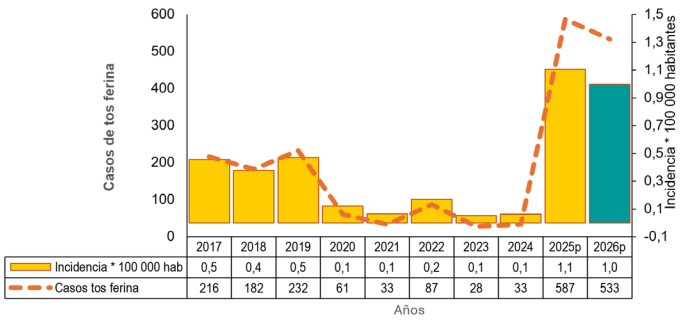
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 29 de 2026

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

Hasta la semana epidemiológica 29 de 2026, en el país se notificaron en Sivigila 3 373 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,2 % (546) correspondió a casos confirmados (de los 546 casos confirmados, 533 correspondieron a casos con procedencia nacional y fueron utilizados para el cálculo de incidencia); el 76,5 % (2 579) correspondió a casos descartados y el 7,4 % (248) permanece en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 29 fue de 1,0 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 0,5 casos por cada 100 000 habitantes. El comportamiento observado es menor al registrado en 2025 cuando se reportaron 587 casos confirmados para el mismo periodo (figura 17).

Figura 17. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 29, 2017 a 2026p



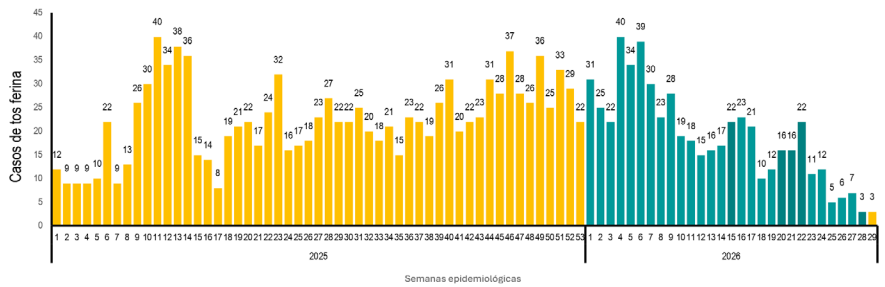
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p	2026p
Incidencia * 100 000 hab	0,5	0,4	0,5	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,1	1,0
Casos tos ferina	216	182	232	61	33	87	28	33	587	533

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

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 18 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 (40 casos), 06 (39 casos), 09 (25 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas se observó una reducción del 62,0 %, al pasar de 50 casos (semana epidemiológicas 22 a 25 de 2026) a 19 casos (semana epidemiológicas 26 a 29 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 18. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 29 de 2026p



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 29, de 2019 a 2026

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 124 casos y una incidencia de 1,8 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, D.C., con 59 casos y una incidencia de 0,7 por cada 100 000 habitantes y Santander con 43 casos y una incidencia de 1,8 por cada 100 000 habitantes.

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

Tabla 26. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 29, 2019 a 2026p

	Incidencias por 100 000 habitantes									
Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0,4	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	1,1	1,0		533
Antioquia	0,6	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	2,0	1,8		124
Bogotá, D.C.	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,7		59
Santander	0,3	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3	1,8		43
Cartagena de Indias	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	3,7		37
Cesar	0,3	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	1,7		25
Boyacá	0,5	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,4	1,7		22
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2		20
Norte de Santander	0,8	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	1,2		20
Cundinamarca	0,4	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	1,2	0,5		19
Chocó	0,2	0,2	1,6	0,2	0,0	0,3	2,2	2,8		17
Santiago de Cali	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,7		17
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,7	1,2		15
Risaralda	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	1,0		10
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,7		9
Vaupés	107,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,0		8
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,7	0,7		8
Cauca	0,3	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	0,5	0,4		8
Meta	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,7	0,6		7
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	2,1		6
Magdalena	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,6		6
Caldas	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,5	0,6		6
Huila	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,3	1,9	0,5		6
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	0,5	0,2		5
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	2,6		4
Santa Marta	0,0	0,2	0,0	1,1	0,7	0,0	0,3	0,5		3
Quindío	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,5		3
Sucre	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3		3
Nariño	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,2		3
Putumayo	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5		2
Tolima	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		2
Amazonas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2		1
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	0,0	0,3		1
Caquetá	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,2		1

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

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

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

En la semana epidemiológica 29 de 2026 se notificaron 135 casos confirmados de tos ferina en población indígena. La mayor concentración se observó en Cerrito (Santander) con 21 casos, seguido de Dabeiba (Antioquia) con 14, Paz de Ariporo (Casanare) con 13, y Cubará (Boyacá) con 8 casos, evidenciando la persistencia de transmisión en territorios con población indígena priorizada.

La tabla 27 presenta los brotes actualmente identificados, junto con su distribución municipal y las fechas de inicio de síntomas y cierre.

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

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		135		
La Guajira	Maicao	2	19/06/2026	31/07/2026
Cesar	Agustín Codazzi	5	14/06/2026	26/07/2026
La Guajira	Uribia	1	11/06/2026	23/07/2026
Cesar	Becerril	1	06/06/2026	18/07/2026
Antioquia	Murindó	4	06/06/2026	18/07/2026
Cesar	Valledupar	3	05/06/2026	17/07/2026
Santander	Cerrito	21	10/06/2026	22/07/2026
Vichada	Cumaribo	4	03/06/2026	15/07/2026
Cauca	Toribio	2	27/05/2026	08/07/2026
Norte de Santander	Toledo	2	26/05/2026	07/07/2026
Vaupés	Mitú	6	21/05/2026	02/07/2026
Antioquia	Betulia	1	12/05/2026	23/06/2026
Cauca	Caldono	3	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	5	08/06/2026	20/07/2026
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
Antioquia	Dabeiba	14	28/03/2026	09/05/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Chocó	Lloró	1	08/03/2026	19/04/2026
Cauca	Santander de Quilichao	1	03/03/2026	14/04/2026
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
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	04/03/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026
Vaupés	Papunaua	2	16/06/2026	28/07/2026

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

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

BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 05 de agosto 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 exterior[1] con 46 fallecimientos (letalidad 36,8 %)[2].

Para el 2026, a corte del 03 de agosto (datos preliminares), se han notificado 1 072 casos probables, 57 confirmados por laboratorio, con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero hasta el 25 de julio de 2026, el 96,4% procedente de Tolima, 1,78 % procedente de Cundinamarca y 1,78 % de Meta. Se han notificado 28 mortalidades, 26 confirmadas, uno (1) excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y un (1) caso de mortalidad en estudio, para una letalidad de 45,61 % (26/57)[3].

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 205 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 11 departamentos: Tolima, Meta, Cundinamarca, Putumayo, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare. Adicionalmente, se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela). Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 85 casos de mortalidades, seis casos excluidos de la letalidad y un (1) caso se encuentra en estudio para una letalidad acumulada del 41,46 % (85/205).

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

Durante el periodo comprendido entre el 27 de julio y el 03 de agosto de 2026, se confirmó un (1) caso de fiebre amarilla en humano, de procedencia el municipio de Icononzo en Tolima.

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 29 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). Los últimos casos se confirmaron el 05 de agosto de 2026 por el Laboratorio Nacional de Referencia

[1] Se excluyen cinco (5) casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.
[2] El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.
[3] Se excluye un (1) caso de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

del Instituto Nacional de Salud en zonas rurales de los municipios de Purificación, Melgar e Icononzo.

Nota aclaratoria: semana epidemiológica 53 (28 de diciembre al 03 enero de 2026) y semana epidemiológica 01 (04 al 10 enero de 2026). Los casos de eventos transmitidos por vectores en la semana epidemiológica se calculan según fecha de inicio de síntomas.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional, Instituto Nacional de Salud (INS). Sistema de Alerta de Temprana (SAT).

Actualización de situación de sarampión a nivel nacional, 05 de agosto de 2026

Con corte al 05 de agosto de 2026, se han notificado 1 617 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 436 han sido descartados, 167 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (80), Antioquia (45), Cesar (7), Tolima (5), Atlántico (4), Nariño y Norte de Santander (3) Barranquilla, Boyacá, Caldas, Córdoba, Santa Marta y Sucre (2) Caquetá, Chocó, Huila, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander y Valle del Cauca un (1) caso cada uno. Se han confirmado 14 casos, de estos, ocho (8) son importados y seis (6) relacionados a la importación, no se han reportado complicaciones ni defunciones, se han cerrado ocho brotes. En cuanto a la caracterización genética, seis (6) casos fueron genotipo D8. En respuesta a esta situación, se mantiene la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y las Salas de Análisis del Riesgo (SAR) departamentales.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 05 de agosto de 2026.

Alerta naranja del volcán Puracé y acciones de vigilancia en salud pública, Cauca, 05 de agosto de 2026

Desde el 20 de julio de 2026, el Servicio Geológico Colombiano (SGC) mantiene el seguimiento al incremento de la actividad del volcán Puracé, ubicado en la cadena volcánica Los Coconucos (CVLC), departamento del Cauca. Tras la declaratoria de alerta naranja emitida el 1 de agosto de 2026, correspondiente a un estado de alistamiento institucional y preparación intersectorial, el boletín extraordinario del 4 de agosto informó la persistencia de actividad sísmica del volcán y el ascenso en las concentraciones de dióxido de carbono (CO_2), con emisiones estimadas en 1 965 toneladas por día. Asimismo, se registraron dos emisiones de ceniza con alturas máximas de 600 metros sobre la cima del volcán, cuya dispersión hacia el occidente ocasionó caída de ceniza en las veredas Alto Anambío, Loma Linda-Cristales y 20 de Julio, en el municipio de Puracé. Hasta el momento, no se han reportado afectaciones a la población, daños en la infraestructura ni alteraciones en la calidad del aire.

Como parte de la respuesta institucional, se actualizaron los municipios según el nivel de amenaza volcánica, se activó el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) bajo el Sistema de Manejo de Incidentes (SMI) y se elaboró el plan de acción para la respuesta. Adicionalmente, se habilitaron seis Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE) en el municipio de Puracé, sin que hasta la fecha se registre ocupación. En materia de vigilancia sanitaria, la Secretaría Departamental de Salud realizó muestreos de agua para consumo humano en nueve puntos de ocho (8) veredas del municipio, identificando concentraciones de cloro libre fuera de la norma y con nivel de riesgo, mientras se encuentran pendientes los análisis para metales pesados y parámetros microbiológicos. Asimismo, se declaró la alerta hospitalaria naranja y se activaron los planes de contingencia en la red de prestación de servicios de salud. Desde la Red de Vigilancia Comunitaria (REVCom) se fortalecieron las acciones de vigilancia intensificada, movilización social y entrega de agua potable en las veredas Alto de la Laguna, Loma Linda, Alto Calaguala, Ponga y el corregimiento de Coconuco.

Entre las acciones previstas se encuentran la consolidación del censo oficial de familias ubicadas en la zona de amenaza alta y la asistencia técnica a la entidad territorial del Cauca para fortalecer la vigilancia en los alojamientos temporales de emergencia y la implementación de la herramienta EWARS in a Box. En la línea base de eventos de interés en salud pública priorizados para la semana epidemiológica 30 se identificaron incrementos de accidente ofídico en Argelia, Balboa, Bolívar, Buenos Aires, La Vega, Popayán, Sotará, Suárez y Totoró; aumento de enfermedad diarreica aguda (EDA) en Páez; incremento de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa y urgencias en La Sierra, López de Micay y Rosas; aumento de IRA con hospitalización en Argelia, Bolívar y Toribio y mayor notificación de lesiones de causa externa en Popayán. La valoración preliminar del riesgo mediante la herramienta SATAES continúa en nivel bajo (verde), por lo que se mantiene el seguimiento permanente de la evolución del evento y de las condiciones de riesgo en el territorio.

Fuente: Reportes de Situación (SITREP) del departamento de Cauca, 03 de agosto de 2026; Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta Temprana (SAT), 05 de agosto de 2026.

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

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización del 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: 01 de agosto de 2026

El 16 de mayo de 2026 se notificó el brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en RDC. Para la especie Bundibugyo de ébola no existe vacuna ni tratamiento específico. El brote se produce en un contexto complicado: crisis humanitaria, zona remota y densamente poblada, combinada con inseguridad y altos movimientos de población y comercio. Este brote de la enfermedad del ébola es el mayor registrado en RDC, superando al brote anterior, que tuvo lugar entre 2018 y 2020 con 3 317 casos confirmados.

A 30 de julio de 2026 se han notificado 3 626 casos confirmados: 3605 en la República Democrática del Congo (incluidos dos casos diagnosticados en la RDC y posteriormente tratados en Alemania), 20 en Uganda y uno en Francia. Se han notificado un total de 1 589 muertes, incluidas dos en Uganda. Letalidad para RDC del 44 %. Al menos 654 pacientes se han recuperado, incluidos 651 en la RDC, 18 en Uganda, dos en Alemania y uno en Francia.

El riesgo evaluado por la OMS para la RDC continúa siendo muy alto, para Uganda y países que comparten frontera terrestre con RDC es alto y para el resto de la región africana y a nivel global se evaluó como bajo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad del ébola causada por el virus Bundibugyo - República Democrática del Congo. Fecha de publicación: 01 de agosto de 2026. Fecha de consulta: 05 de agosto de 2026. Disponible: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON614

Actualización sobre la situación del sarampión en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 01 de agosto de 2026

En 2026, hasta la semana epidemiológica 29, la región de las Américas reportó 47 026 casos confirmados de sarampión procedentes de 17 países y territorios, representando un aumento de 5 veces en comparación con el mismo periodo del 2025. En 2026 se reportaron 48 defunciones por sarampión (29 en Guatemala, 18 en México y 1 en Bolivia).

Los países que más casos han reportado en 2026 (hasta SE 29) incluyen Guatemala (30 040), México (12 233), Estados Unidos (2 318) y Canadá (1 107), seguidos por Perú (1 139), Bolivia (85), El Salvador (42), Colombia (14), Belice (11), Honduras (10), Panamá (9), Brasil (8), Costa Rica (5) y Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Chile y Uruguay (menos de 5 casos por país). Hata la fecha no se han notificado casos confirmados en Venezuela.

Mapa 1. Distribución de casos confirmados de sarampión en la región de las Américas a semana epidemiológica 29 de 2026



Elaboración propia con datos de OPS

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe de Situación Regional · N.° 8, Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 01 de agosto de 2026. Fecha de consulta: 05 de agosto de 2026. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2026/08/sarampion-sitrep8-31julio-2026-es.pdf

TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 30 de 2026

Salud

Instituto Nacional de Salud

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 30

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	32	0	1	332	32	53	523	21	63	76	7	9	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Antioquia	349	10	11	12811	1375	1574	2392	310	422	874	128	134	23	4	5	192	65	12	59	6	5
Arauca	78	1	5	642	56	83	1742	143	332	561	40	109	18	1	4	1	1	1	23	4	2
Atlántico	54	4	5	2637	279	347	2065	153	406	928	88	176	17	6	2	3	2	2	9	2	1
Barranquilla D.E.	7	0	0	2971	266	369	2017	106	262	897	52	126	17	3	2	3	1	0	20	2	1
Bogotá D.C.	1	0	0	14650	1754	1951	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	16	7	2	0	0
Bolívar	162	9	8	1810	203	193	5514	308	1007	2212	152	430	83	7	17	3	1	0	3	1	0
Boyacá	50	1	1	4385	495	582	200	27	70	99	12	33	2	0	1	4	1	0	2	0	0
Buenaventura D.E.	14	0	1	89	11	9	89	26	18	29	11	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	46	2	1	2607	284	353	129	22	31	54	13	12	0	0	0	3	2	0	19	2	0
Santiago de Cali D.E.	9	0	0	3372	398	439	902	501	142	338	201	61	4	5	2	3	23	0	88	5	1
Caquetá	105	4	1	741	91	89	378	70	22	193	37	8	9	0	0	0	0	0	5	1	0
Cartagena de Indias D.T.	17	0	0	1585	136	220	2627	153	234	512	60	56	29	5	7	1	0	0	2	0	1
Casanare	93	4	1	1369	126	183	2781	165	792	814	63	225	18	3	5	1	3	0	6	2	1
Cauca	75	2	1	3868	445	456	136	64	26	47	23	6	3	1	1	3	6	1	13	2	0
Cesar	146	10	6	1908	203	225	5456	240	702	3086	156	370	37	6	6	1	1	0	23	5	1
Chocó	133	4	3	212	20	24	645	104	114	143	19	21	7	1	1	0	0	0	2	0	1
Córdoba	213	10	10	3364	382	468	2201	327	269	938	163	144	10	4	1	1	1	0	3	0	1
Cundinamarca	62	1	2	9872	1053	1293	1038	146	209	376	68	83	9	1	3	9	4	2	5	0	0
Guainía	5	0	0	161	12	19	8	4	1	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	52	3	0	226	60	31	586	31	238	124	8	42	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Huila	89	2	0	4359	370	520	819	191	138	313	79	47	37	7	2	7	1	0	26	1	2
La Guajira	81	3	6	1530	240	195	2983	108	176	1596	74	93	52	2	1	2	1	0	9	1	4
Magdalena	98	6	6	1543	183	152	3899	111	561	1956	75	288	27	2	3	1	2	0	4	1	0
Meta	171	6	4	2842	307	376	10981	466	1651	3316	164	496	98	4	18	8	10	0	16	3	0
Nariño	72	3	2	4877	531	629	475	65	110	193	22	44	5	1	1	2	1	0	8	1	0
Norte de Santander	212	7	5	4649	463	595	4055	311	659	1545	152	227	66	5	9	19	17	2	4	0	0
Putumayo	86	2	1	1229	127	173	288	74	49	74	21	15	4	0	0	0	0	0	4	0	0
Quindío	10	0	0	2151	229	282	237	25	58	57	9	15	4	0	1	0	1	0	3	1	0
Risaralda	44	0	1	2819	321	381	135	25	35	56	11	14	2	0	1	11	3	5	10	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	228	27	30	18	3	7	7	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	25	0	2	1259	128	156	1976	39	92	885	24	34	6	1	0	1	0	0	6	1	0
Santander	131	3	7	5268	521	650	4312	459	712	1652	200	324	25	6	2	58	4	7	6	1	0
Sucre	56	3	2	1845	193	262	1122	268	204	550	163	96	11	6	2	1	0	0	1	0	0
Tolima	97	2	1	4847	510	656	2109	360	420	623	147	134	28	4	9	2	3	0	15	2	1
Valle del Cauca	49	0	1	5930	619	748	1067	332	231	359	128	78	8	2	2	1	1	0	38	6	1
Vaupés	30	1	5	143	17	19	41	3	23	5	0	0	0	0	0	1	0	0	7	1	0
Vichada	30	2	0	151	22	25	66	18	12	21	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	2.984	105	100	115.282	12.491	14.810	66.012	5.779	10.498	25.512	2.579	3.963	662	87	109	391	170	39	442	52	23

30 **Semana epidemiológica**
26 de julio al 01 de agosto

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 30

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en salsa general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1402	164	101	2	8	1	3569	544	360	217	18	26	0	0	0	1746	394	227	9	11	9
Antioquia	5356	1004	681	158	107	39	585340	77805	61149	23109	3195	2295	2379	905	575	234813	33496	33933	434	488	434
Arauca	145	7	11	5	7	1	13590	2583	2293	1529	182	311	35	8	9	4908	746	643	34	36	34
Atlántico	0	0	0	4	13	1	85194	13134	8881	2131	281	126	1416	232	201	34830	4912	5775	69	128	69
Barranquilla D.E.	0	0	0	13	22	3	123254	20471	12213	6656	514	676	795	313	200	45378	6773	5702	114	157	114
Bogotá D.C.	3	0	0	119	127	42	903354	139973	110978	43842	6352	4686	5519	2023	1440	432397	53206	57455	433	457	433
Bolívar	1228	130	167	17	18	2	79417	12119	9177	1948	272	237	260	99	73	18667	3052	2050	117	129	117
Boyacá	154	0	5	21	17	1	72304	13029	9252	4192	592	552	234	121	67	27919	3836	3800	62	81	62
Buenaventura D.E.	1002	187	153	11	5	4	6080	826	791	28	8	1	8	2	1	1967	534	217	35	46	35
Caldas	9	2	0	16	6	4	49587	8236	5319	2077	316	195	796	210	171	19021	2794	2570	50	57	50
Santiago de Cali D.E.	2	1	1	70	47	12	141824	23240	14990	3710	662	476	387	92	63	98006	12581	13684	144	170	144
Caquetá	249	9	13	16	11	8	20270	3745	2165	1487	172	139	15	10	6	9315	1572	960	33	39	33
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	12	14	3	99998	17551	11399	7104	413	1010	1068	287	315	30189	4538	3649	91	134	91
Casanare	24	2	2	8	3	3	15019	3271	2620	262	89	36	92	16	22	6491	1049	853	23	44	23
Cauca	1376	262	194	32	14	10	59856	10624	6356	2852	270	247	131	72	23	21912	4974	3492	119	140	119
Cesar	11	2	3	30	13	8	64477	11524	6362	3147	710	401	232	76	60	14756	3651	1743	130	152	130
Chocó	13750	2431	2383	14	9	0	15217	2269	1626	786	176	77	23	6	5	10348	982	1498	94	104	94
Córdoba	3093	889	382	16	16	8	121143	18685	12866	6542	542	696	1036	269	228	27923	4844	3371	152	221	152
Cundinamarca	3	0	0	51	31	13	203962	32314	22541	9575	1200	1132	647	372	185	95212	11414	11810	209	241	209
Guainía	2065	308	124	0	0	0	1048	239	149	62	25	8	0	0	0	916	122	98	16	12	16
Guaviare	772	88	93	1	2	1	3601	722	756	623	47	89	44	6	15	2599	263	424	3	9	3
Huila	1	0	0	21	14	6	48801	12071	7307	3086	464	481	392	153	123	23014	3931	3027	95	104	95
La Guajira	12	1	2	7	8	2	158483	15383	20994	2330	558	220	422	74	68	24629	4417	3142	153	228	153
Magdalena	7	1	2	10	11	4	74552	8870	8069	2384	288	348	15	12	3	21051	3648	2754	65	110	65
Meta	1111	45	125	8	9	2	50941	9072	7319	2093	303	283	149	115	49	27721	4055	3068	84	103	84
Nariño	2280	884	233	47	30	11	68923	13867	7027	4666	487	422	115	50	32	27894	5760	4016	100	119	100
Norte de Santander	538	127	119	56	26	17	98295	12538	9092	6782	875	572	563	172	109	31954	5279	3992	99	130	99
Putumayo	52	4	2	6	6	2	23680	2729	2946	849	126	147	32	8	9	8583	1011	1065	21	34	21
Quindío	2	2	0	9	6	1	31036	6010	3475	1709	257	212	320	70	69	19221	2623	2867	34	34	34
Risaralda	1577	339	180	49	12	18	66946	9118	9231	2093	345	265	201	74	42	24226	3652	3018	58	63	58
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	0	2	1	1	0	3597	684	383	462	85	33	9	1	2	1402	286	194	2	8	2
Santa Marta D.T.	0	0	0	8	5	2	34242	5148	3433	2216	195	233	496	136	115	12078	1346	1529	50	53	50
Santander	13	1	3	80	29	25	153090	18880	16974	10373	1341	1193	1521	425	394	57835	6653	8212	103	133	103
Sucre	33	8	6	15	8	3	59152	8799	6708	4490	633	433	579	259	134	15785	3254	2913	78	108	78
Tolima	24	0	5	12	12	1	82378	14535	9838	5961	571	673	274	108	87	35899	4920	5426	63	87	63
Valle del Cauca	16	6	1	29	25	4	83006	13107	9286	2332	300	275	659	122	153	42364	6304	6278	100	121	100
Vaupés	880	207	321	7	3	3	3660	455	452	76	14	8	0	1	0	1686	115	212	5	8	5
Vichada	1175	97	77	2	3	0	1628	422	442	3	3	1	0	0	0	959	201	142	25	23	25
Total nacional	38.371	7.347	5.161	983	722	265	3.710.514	564.592	425.219	173.784	22.881	19.215	20.864	6.889	5.048	1.515.614	213.186	205.809	3.506	4.321	3.506

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 30

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	0	0	65	4	3	1	0	0
Antioquia	7	8	0	351	54	34	12	4	0	929	70	48	1606	203	157	224	45	48
Arauca	2	0	0	19	1	2	0	1	0	28	2	3	63	12	4	23	2	13
Atlántico	2	2	1	46	4	6	1	0	0	15	1	1	476	83	36	28	12	2
Barranquilla D.E.	1	2	0	107	7	12	0	0	0	39	4	3	614	68	38	65	24	10
Bogotá D.C.	12	8	0	880	115	91	506	4	20	846	105	52	2912	421	336	988	233	314
Bolívar	6	2	0	28	2	3	2	0	0	25	2	2	276	38	17	14	0	1
Boyacá	3	2	0	98	15	14	10	1	1	88	5	19	434	66	39	99	24	35
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	21	1	0	1	0	1
Caldas	2	1	0	23	6	1	2	0	0	20	2	0	295	30	42	9	0	2
Santiago de Cali D.E.	0	2	0	86	22	8	0	0	0	28	3	1	628	71	76	71	15	12
Caquetá	0	1	0	19	3	2	1	0	0	3	0	0	140	13	12	2	0	1
Cartagena de Indias D.T.	0	2	0	39	4	4	0	0	0	49	2	3	280	61	13	29	3	0
Casanare	1	1	0	33	2	1	0	0	0	45	1	2	141	14	15	6	1	3
Cauca	1	2	0	36	6	3	2	0	0	27	1	3	173	24	20	55	7	13
Cesar	1	3	0	55	3	4	0	0	0	64	3	5	438	30	26	16	5	3
Chocó	0	1	0	3	0	0	0	0	0	106	5	0	17	4	1	8	1	1
Córdoba	2	4	0	103	13	5	0	0	0	14	1	0	757	88	82	34	4	4
Cundinamarca	4	5	0	226	30	30	171	2	8	149	24	5	1407	161	203	170	40	46
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	13	1	0	1	0	1
Guaviare	1	0	0	5	1	1	1	1	0	2	0	0	28	2	0	2	0	0
Huila	6	2	0	88	13	5	8	1	3	30	7	2	316	38	87	11	1	5
La Guajira	0	2	0	19	2	3	0	0	0	31	1	2	252	24	36	17	4	3
Magdalena	1	2	0	17	2	0	0	1	0	16	2	4	219	22	22	4	0	1
Meta	5	2	0	42	6	7	9	1	1	103	10	9	257	52	41	22	5	4
Nariño	7	2	0	75	13	7	1	1	0	56	7	8	468	60	46	20	3	4
Norte de Santander	3	2	0	110	14	12	0	0	0	91	5	2	1001	76	54	32	8	18
Putumayo	1	1	0	32	3	1	1	1	0	17	1	1	90	17	3	10	1	4
Quindío	0	1	0	37	4	3	1	1	0	19	1	3	207	23	24	28	3	6
Risaralda	0	1	0	31	5	0	1	1	0	77	1	0	313	42	28	15	2	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	4	0	0	0	1	0	3	0	0	50	1	5	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	10	1	0	0	0	0	12	10	0	154	9	8	7	5	1
Santander	3	3	0	49	8	2	1	0	0	159	10	4	656	62	62	67	19	13
Sucre	2	2	0	30	5	3	3	1	1	26	12	1	298	39	42	26	1	4
Tolima	4	2	0	25	8	3	7	1	1	21	3	1	403	59	46	26	5	5
Valle del Cauca	3	3	0	94	13	6	1	0	0	11	1	1	653	83	54	20	5	6
Vaupés	0	0	0	3	0	0	1	1	0	95	1	1	15	0	1	2	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	3	1	0	23	1	4	68	1	2	1	1	0
Total nacional	82	68	1	2.823	407	273	746	21	35	3.277	296	190	16.204	1.914	1.681	2155	479	587

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 30

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis Cutanea	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	37	31	0	0	46	60	9	5
Antioquia	1	1	0	0	1306	1615	0	1	3128	3331	693	403
Arauca	1	0	0	0	172	118	0	0	102	139	13	10
Atlántico	0	0	0	0	240	206	0	0	555	529	1	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	145	120	1	0	541	552	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	1995	1572	0	0	3128	3566	0	0
Bolívar	0	2	0	0	294	359	0	0	337	298	258	236
Boyacá	2	0	0	0	305	338	0	0	610	539	113	68
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	98	79	0	0	57	59	11	17
Caldas	0	0	0	0	113	116	0	1	703	738	122	64
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	302	327	0	1	1004	1194	1	0
Caquetá	0	0	0	0	118	90	0	0	146	124	162	96
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	208	338	0	0	335	353	1	0
Casanare	6	0	0	0	205	154	0	0	175	159	4	5
Cauca	0	0	0	0	188	203	0	2	500	521	33	15
Cesar	3	0	0	0	474	590	0	0	348	356	126	213
Chocó	0	0	0	0	544	564	0	0	71	107	154	125
Córdoba	1	2	0	0	350	376	0	0	617	668	123	78
Cundinamarca	1	0	0	0	799	747	0	2	1350	1652	120	64
Guainía	0	0	0	0	36	18	0	0	17	16	11	7
Guaviare	0	0	0	0	61	43	0	0	35	41	187	95
Huila	0	0	0	0	269	245	0	2	482	491	6	8
La Guajira	0	0	0	0	1147	965	0	0	177	203	18	23
Magdalena	0	0	0	0	387	371	0	1	227	227	5	7
Meta	1	0	0	0	269	288	0	0	416	368	119	66
Nariño	0	0	0	0	429	475	0	0	862	856	149	72
Norte de Santander	1	1	0	0	429	356	0	0	649	732	141	84
Putumayo	0	0	0	0	124	120	0	0	188	150	166	33
Quindío	0	0	0	0	64	60	0	0	300	309	0	0
Risaralda	0	0	0	0	263	331	0	0	716	728	70	46
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	6	11	0	0	16	21	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	72	96	0	0	176	194	8	9
Santander	3	0	0	1	293	280	0	0	969	1019	426	561
Sucre	1	0	0	0	169	249	0	0	294	263	65	60
Tolima	1	0	0	0	213	212	0	0	689	662	142	63
Valle del Cauca	0	0	0	0	306	376	0	1	767	852	10	5
Vaupés	0	0	0	0	38	17	0	0	48	47	27	6
Vichada	0	0	0	0	179	129	0	0	15	21	22	24
Total nacional	24	6	0	1	12.648	12.585	1	11	20.794	22.145	3.381	2.570

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 30

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	1	1
Antioquia	12	7	13	8	4	3	17	22	7	7	80	298
Arauca	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	3	1
Atlántico	1	2	5	0	1	0	2	3	4	0	19	23
Barranquilla D.E.	3	5	3	0	1	1	3	5	2	1	15	19
Bogotá D.C.	1	3	11	10	0	1	27	20	0	0	92	688
Bolívar	4	1	5	1	1	0	4	8	3	3	14	5
Boyacá	0	0	2	1	1	0	4	2	1	0	15	17
Buenaventura D.E.	1	0	2	1	0	2	2	1	2	0	4	3
Caldas	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	12	10
Santiago de Cali D.E.	4	1	3	1	1	0	5	1	0	1	26	33
Caquetá	4	1	2	3	0	0	5	1	2	0	5	5
Cartagena de Indias D.T.	4	2	4	4	1	0	5	4	1	0	12	29
Casanare	0	0	1	1	1	0	1	2	1	0	6	6
Cauca	1	0	5	3	3	1	7	4	0	2	19	1
Cesar	1	0	7	4	4	3	4	6	9	8	17	23
Chocó	1	0	8	5	16	10	23	23	25	18	7	10
Córdoba	0	1	5	1	1	0	6	9	4	1	23	26
Cundinamarca	1	0	6	4	0	0	8	6	0	0	42	99
Guainía	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1
Guaviare	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
Huila	3	1	3	2	0	1	4	2	2	0	14	33
La Guajira	0	0	11	7	17	8	22	16	29	15	12	2
Magdalena	1	0	4	4	1	4	6	2	9	1	11	5
Meta	1	1	3	1	1	1	5	6	5	2	13	22
Nariño	0	0	7	4	0	2	7	5	2	0	20	23
Norte de Santander	2	1	5	0	1	0	3	3	2	0	20	41
Putumayo	0	0	1	0	0	2	2	0	1	1	5	7
Quindío	2	0	1	1	0	0	2	1	0	0	6	12
Risaralda	3	0	3	2	6	2	6	6	5	0	12	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Marta D.T.	1	0	2	1	1	1	1	0	0	1	7	16
Santander	2	1	3	0	0	1	5	3	1	0	28	31
Sucre	2	0	2	2	0	1	4	1	1	0	12	12
Tolima	6	6	4	3	1	2	5	5	0	1	16	23
Valle del Cauca	1	2	2	1	1	1	7	2	3	1	24	49
Vaupés	0	0	0	0	2	2	1	0	2	0	1	0
Vichada	0	1	2	1	1	2	2	2	8	6	2	0
Total nacional	326	278	133	76	81	52	226	172	140	69	618	1.588

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 30

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	2	2	11	14	0	0	34	42	1	1	376	316
Antioquia	98	80	718	882	1	1	2196	2894	72	78	13319	10183
Arauca	20	11	104	95	0	0	82	83	1	1	718	839
Atlántico	22	13	210	208	1	2	287	377	11	16	1490	1409
Barranquilla D.E.	25	14	238	217	1	0	504	563	13	24	1480	1761
Bogotá D.C.	74	63	513	593	0	0	781	889	22	23	18292	17877
Bolívar	24	13	179	174	1	3	121	133	3	2	1382	1423
Boyacá	16	6	63	54	0	1	104	127	2	1	2588	2499
Buenaventura D.E.	14	9	89	86	0	0	102	125	4	6	212	180
Caldas	12	9	80	93	0	0	193	194	2	4	1791	2001
Santiago de Cali D.E.	15	18	275	408	0	0	894	870	29	24	4431	3732
Caquetá	6	4	50	48	0	0	156	176	4	7	642	600
Cartagena de Indias D.T.	41	24	206	262	0	0	267	340	3	7	865	1113
Casanare	23	15	82	104	0	0	95	122	3	4	519	647
Cauca	13	6	109	136	0	0	177	165	2	1	1957	1988
Cesar	25	18	195	175	1	0	269	297	3	8	1180	1272
Chocó	30	21	149	129	0	0	139	157	2	0	258	300
Córdoba	16	15	183	169	2	0	170	188	4	2	2017	1992
Cundinamarca	40	23	231	285	0	0	314	398	8	11	8223	8889
Guainía	3	5	10	9	0	0	14	13	0	0	121	123
Guaviare	3	2	15	10	0	0	23	36	1	0	181	271
Huila	9	10	92	114	0	1	264	274	5	4	3596	3725
La Guajira	39	23	229	192	0	0	330	473	4	6	806	862
Magdalena	21	8	141	146	1	0	110	129	1	4	835	832
Meta	32	48	147	186	0	0	395	436	14	16	1455	1558
Nariño	9	10	136	148	0	1	112	164	3	6	2637	2980
Norte de Santander	57	20	297	274	0	0	432	564	9	10	2245	2506
Putumayo	3	5	58	57	0	1	65	73	2	0	815	1005
Quindío	5	7	57	60	0	0	167	194	2	5	1559	1495
Risaralda	18	7	106	112	0	1	379	426	13	7	2155	2175
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	5	6	0	0	7	12	0	1	143	144
Santa Marta D.T.	11	8	79	122	0	0	163	195	3	1	412	366
Santander	40	18	254	283	0	0	652	856	17	13	3702	4129
Sucre	9	8	122	108	0	3	65	56	0	1	1077	1065
Tolima	13	16	93	118	0	1	342	445	9	11	1867	1998
Valle del Cauca	18	18	190	263	0	0	440	645	13	14	4220	4361
Vaupés	1	2	3	5	0	0	12	14	0	0	162	261
Vichada	5	5	24	25	0	0	20	16	0	0	152	148
Total nacional	819	584	5.741	6.370	7	15	10.874	13.161	287	319	89.883	89.025

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

Salud

Instituto Nacional de Salud

Semana epidemiológica 30

26 de julio al 01 de agosto de 2026

TEMA CENTRAL
Vínculos entre el clima y los peligros alimentarios

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

Autor: tema central: Jhonny Eddison Vargas Hernández. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotes y alertas: Gestor sistema de alerta temprana,** Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Andrea Rico, Claudia Marcela Montaño Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Lady Alexandra Castillo Vargas. **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.

47 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: *https://doi.org/10.33610/23576189.2026.30*