Salud

Instituto Nacional de Salud

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Año 21

Avances de la vigilancia basada en comunidad, 2023-2026

De la expansión a la consolidación: convirtiendo la señal comunitaria en acción de salud pública en los territorio

Semana epidemiológica

09 al 15 de agosto de 2026

32

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
Avances de la vigilancia basada en comunidad, 2023-2026

Situación nacional — 11

Mortalidad — 16

Eventos trazadores — 23

Brotes y alertas — 42

Tablas de mando por departamento — 49

TEMA CENTRAL

Avances de la vigilancia basada en comunidad, 2023-2026

Fabián Nicolás Moreno Anzola
Diana Alexandra Moreno Santamaría
Javier Alberto Madero Reales
Diego Felipe López Ávila
Luz Dary Quintero Torres

Equipo de Vigilancia Basada en Comunidad, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud.

vbc@ins.gov.co

Salud | Instituto Nacional de Salud

La Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) es una estrategia progresiva de desarrollo de capacidades que permite a los agentes comunitarios identificar y gestionar potenciales situaciones de interés en salud pública en los territorios, articulando actores sociales con los protocolos de vigilancia y los sistemas de alerta temprana (1,2). Su desarrollo en el país tiene antecedentes territoriales documentados, como el proceso de vigilancia comunitaria de Putumayo entre 2009 y 2024 (3). Su ciclo operativo comprende cinco fases (preparación, planeación, implementación, operación y evaluación) y se sustenta en los principios de integridad y unidad, territorialidad, evolución, previsión, movilización social y autogestión (2).

Para la VBC el 2024 fue el año de la acción territorial y 2025 el de la expansión y consolidación de la red (4), 2026 marca una etapa de maduración operativa. La evaluación de la estrategia dejó de centrarse en su despliegue geográfico y comenzó a incorporar atributos propios de un sistema de vigilancia: cobertura efectiva del reporte, proporción de agentes activos, oportunidad del seguimiento, validez de las señales y contribución a la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).

Este documento sintetiza los avances presentados en el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) nacional del 18 de agosto de 2026, cuyo tema fue VBC, enfocado en los avances con corte al periodo epidemiológico VII de 2026 y en la información registrada en el módulo de VBC de Sivigila 4.0 con corte al 30 de julio de 2026. Las cifras de 2026 son preliminares y están sujetas a ajustes por notificación tardía y por la clasificación final de las situaciones en los territorios.

De los retos planteados en 2025 a los resultados de 2026

En 2025 la estrategia identificó cuatro retos: fortalecer la sensibilización y el abordaje comunitario en los territorios; expandir la red de vigilancia comunitaria a nivel nacional; implementar la estrategia en nuevas situaciones de interés en salud pública, como salud mental y violencias; y fortalecer la estrategia en zonas donde aún no se había implementado. A ellos se sumaron cuatro compromisos operativos: el primer curso de abordaje comunitario para profesionales de la salud, la certificación de los entrenadores pendientes, el curso virtual para agentes comunitarios con el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el lanzamiento del sistema de información de la VBC.

Durante 2026 estos compromisos se materializaron en cuatro frentes de trabajo: el Plan de Abordaje Comunitario (PAC) 2026, la formación de entrenadores y agentes comunitarios, la puesta en operación del módulo de VBC en Sivigila 4.0

y la activación de la red de vigilancia comunitaria (ReVCom) frente a brotes y emergencias. En conjunto, se dio cumplimiento al 95,0 % de las líneas de trabajo planteadas para la vigencia.

El marco documental de la estrategia también se completó. A los manuales de la caja de herramientas, Etapa 1.1, sobre generalidades del sistema de alerta temprana, y Etapa 1.2, sobre fases de implementación, y al ABC de la VBC (5) se sumaron los Lineamientos para la Vigilancia Basada en Comunidad de 2025 y 2026 (6), disponibles para consulta de las entidades territoriales en el portal ReVCom[1].

Plan de Abordaje Comunitario 2026

El PAC es un instrumento que permite estructurar las acciones para fortalecer la participación de las comunidades en el marco de la VBC. Su propósito es que el acercamiento a las comunidades deje de ser un contacto puntual y se convierta en una relación sostenida, planificada y verificable dentro de la fase de planeación de la estrategia.

El abordaje comunitario en el contexto de la VBC se sostiene sobre tres pilares que se realimentan entre sí. El primero es la concertación, entendida como el acuerdo explícito con la comunidad sobre las situaciones de interés que se van a vigilar, la estructura de incentivos no económicos y los mecanismos de comunicación. El segundo es la información epidemiológica, que aporta el sustento técnico para priorizar y para orientar la respuesta. El tercero es el diálogo y la realimentación constantes, que devuelven a la comunidad el resultado de lo que reporta y sostienen la confianza en el proceso. Ninguno de los tres opera de manera aislada: la concertación sin realimentación desgasta la participación, y la información epidemiológica sin concertación no se traduce en acción comunitaria.

Para 2026, el PAC se organizó en cuatro fases (alistamiento, planeación, implementación y evaluación), que ordenan el trabajo territorial a lo largo del año y permiten medir el avance de cada entidad territorial con criterios comunes.

Curso de abordaje comunitario para profesionales de la salud

Como complemento del PAC se diseñó el curso virtual de Abordaje Comunitario para Profesionales de la Salud , orientado a generar capacidades y brindar herramientas para interacciones efectivas en los territorios diferenciales colombianos. El curso se estructura en cinco módulos: sensibilización y abordaje comunitario; comunicación efectiva; negociación y concertación comunitaria; confianza y relaciones a largo plazo; y plan de acción e integración, con la competencia cultural como enfoque transversal, e integra herramientas pedagógicas para el trabajo con comunidades indígenas, afrodescendientes, raizales y palenqueras. Una vez finalizado el proceso de formalización y validación institucional, el curso estará disponible en el aula virtual del Instituto Nacional de Salud (INS).

Fortalecimiento de la Red de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria

Articulación sectorial e intersectorial

La implementación de la VBC se construyó de la mano de aliados sectoriales e intersectoriales que ampliaron su alcance territorial y técnico. Durante 2026, se mantuvieron y ampliaron las articulaciones con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las entidades administradoras de planes de beneficios Nueva EPS y Famisanar EPS. Esta articulación es la que ha permitido sostener la formación, la producción de materiales y el acompañamiento en territorios de difícil acceso.

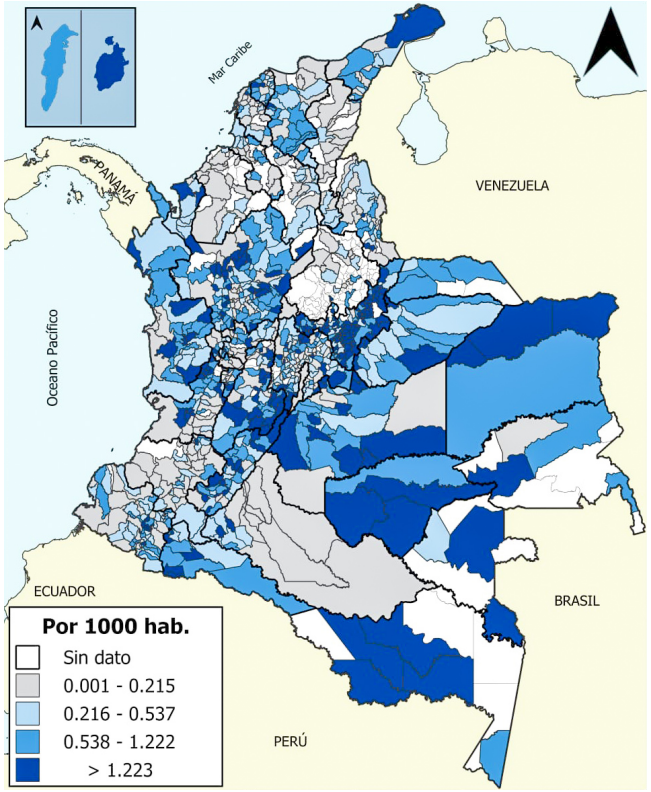
Registro nacional de agentes comunitarios

Con corte a 31 de julio de 2026 se identificaron en el registro nacional 14 589 agentes comunitarios activos en 950 municipios del país, con un promedio cercano a 15 agentes por municipio. La cifra representa un incremento del 7,4 % frente a los 13 588 agentes registrados en 2025 y confirma que la red superó la etapa de conformación inicial. Es importante precisar que la estrategia no define una meta nacional de número de agentes, la densidad esperada depende de: la dispersión poblacional, del riesgo del territorio y de la capacidad de acompañamiento de cada entidad territorial. El mapa 1 muestra la densidad de agentes registrados por cada 1 000 habitantes, en esta se observa mayor concentración relativa en municipios de la Amazonia, la Orinoquia y el Pacífico.

[1] https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/REVCOM.aspx

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.

Mapa 1. Densidad de agentes comunitarios registrados por cada 1 000 habitantes según municipio, Colombia, 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, módulo VBC, Sivigila 4.0, 2026 (datos preliminares)

Formación de entrenadores y agentes comunitarios

El proceso formativo mantuvo los dos enfoques definidos desde 2024: la capacitación de entrenadores vinculados a las entidades territoriales y la formación de agentes comunitarios. A 31 de julio de 2026, se contabilizan 1 065 entrenadores capacitados y 2 554 agentes comunitarios entrenados en el país. El comportamiento de ambos indicadores es complementario: mientras el número de entrenadores se distribuye de manera relativamente homogénea entre entidades territoriales, el volumen de personas entrenadas se concentra de forma marcada en unos pocos territorios, con La Guajira aportando el 41,3 % del total nacional (tabla 1).

Tabla 1. Entidades territoriales con mayor número de entrenadores y agentes comunitarios entrenados en VBC, Colombia, 2024-2026

Entidad territorial	Entrenadores	Entidad territorial	Agentes comunitarios
Chocó	72	La Guajira	1 055
Huila	71	Putumayo	261
Bogotá, D. C.	63	Caquetá	255
La Guajira	54	Chocó	166
Barranquilla	45	Norte de Santander	166
Archipiélago de San Andrés	43	Magdalena	129
Cundinamarca	41	Santiago de Cali	110
Magdalena	41	Arauca	60
Antioquia	40	Guainía	54
Guaviare	39	Barranquilla	52
Total nacional	1 065	Total nacional	2 554

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, equipo VBC, corte a julio de 2026}
VBC: vigilancia basada en comunidad

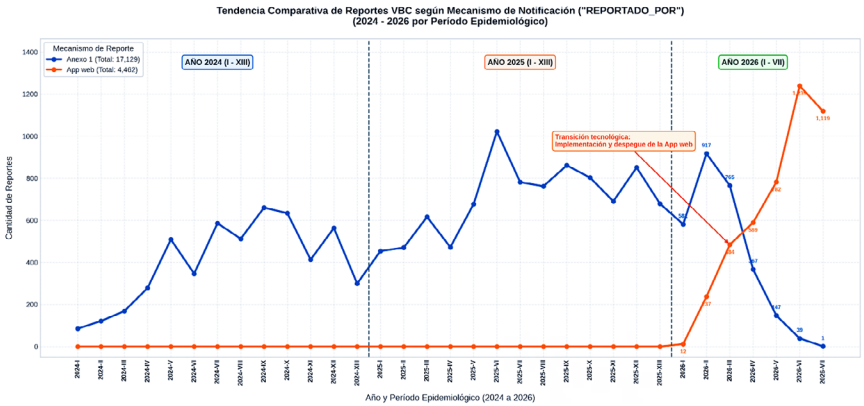
En el marco del convenio interadministrativo INS-SENA se avanzó en el diseño de un curso virtual para el fortalecimiento de la VBC en el país orientado a los agentes comunitarios, estructurado en cuatro componentes: reconocer el rol del vigía y del gestor dentro de la estrategia; identificar acciones de vigilancia epidemiológica basada en comunidad según el rol y las situaciones de interés en salud pública; reportar las situaciones identificadas de acuerdo con la metodología de la estrategia y plantear acciones de mejora frente a las situaciones de salud identificadas en el territorio. El curso amplía de manera sustancial la capacidad de formación, al no depender exclusivamente de las jornadas presenciales.

El módulo de VBC en Sivigila 4.0: la transición del reporte

Entre los hitos operativos de 2026 se encuentra la puesta en marcha del módulo de VBC en Sivigila 4.0. El reporte comunitario se consolidaba mediante el anexo 1, una matriz diligenciada por los referentes territoriales, que continuó utilizándose durante la transición al nuevo aplicativo. Desde el periodo epidemiológico I de 2026, el reporte mediante el aplicativo aumentó progresivamente, mientras disminuyó el realizado mediante el anexo 1. Con corte al periodo epidemiológico VII de 2026, el aplicativo acumuló 4 462 reportes (figura 1).

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 1. Tendencia comparativa de reportes de VBC según mecanismo de notificación, Colombia, 2024-2026 a periodo epidemiológico VII



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, módulo VBC, Sivigila 4.0, corte al 30 de julio de 2026. VBC: vigilancia basada en comunidad

Esta transición no es únicamente tecnológica. El aplicativo permite, por primera vez, medir de manera estandarizada atributos que antes no eran observables, entre estos la proporción de municipios reporta en cada periodo, cuántos agentes registrados están efectivamente activos, cuántas señales reciben seguimiento y cuántos reportes negativos, es decir, la confirmación explícita de que no se identificaron situaciones, por cada reporte con situación.

La cobertura del sistema mostró un ascenso sostenido hasta el periodo epidemiológico VI de 2026, cuando el 58,0 % de los municipios del país realizó al menos un reporte en el periodo. En lo corrido del año, 806 municipios han reportado al menos una vez a través del aplicativo. El seguimiento a las situaciones reportadas alcanzó el 82,0 % a nivel nacional, con entidades territoriales que alcanzan o superan el 95,0 %: Barranquilla, Santiago de Cali y Santa Marta, con el 100 %; Caquetá y Putumayo, con el 98,0 %; Magdalena, con el 97,0 %, y Guainía con el 95,0 %. Por el contrario, otras entidades territoriales como San Andrés y Amazonas registraron valores de 0,0 % (meta: 90,0 %), lo que señala la necesidad de fortalecer el acompañamiento técnico en estos territorios (tabla 2).

Tabla 2. Indicadores de operación del módulo de VBC, Colombia, periodos epidemiológicos I a VIII de 2026

Indicador	Meta establecida	Valor nacional	Observación
Municipios con reporte en el periodo (PE VI)	>80%	58,0 %	806 municipios con al menos un reporte en el año
Agentes comunitarios activos (acumulado PE I a VIII)	>60%	9,0 %	Santander 29,0 %; Quindío 24.0 %; Magdalena 19,0 %
Seguimiento a las situaciones reportadas	>90%	82,0 %	Barranquilla, Santiago de Cali y Santa Marta con 100,0 %
Reportes anónimos	<20%	41,0 %	Del total de reportes recibidos
Razón de reportes negativos	1	1,1	Reportes negativos por cada reporte con situación

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, módulo VBC, Sivigila 4.0, 2026 (datos preliminares)
PE: periodo epidemiológico, VBC: vigilancia basada en comunidad

El indicador que exige mayor atención es el de agentes comunitarios activos, que se mantiene en 9,0 % a nivel nacional, muy por debajo del umbral de referencia del 60,0 % definido para el seguimiento. Solo Santander (29,0 %), Quindío (24,0 %) y Magdalena (19,0 %) superan de manera consistente el promedio nacional, mientras que varias entidades registran valores iguales o cercanos a cero. La lectura de este resultado debe hacerse a la luz de la experiencia internacional: los sistemas de vigilancia comunitaria que alcanzan proporciones altas de voluntarios activos operan con supervisión intensiva, reporte negativo obligatorio y periodicidad semanal, o corresponden a respuestas a emergencias de duración acotada (9). Los principios rectores de la vigilancia basada en comunidad advierten justamente que la actividad de los voluntarios depende de la supervisión, de la realimentación y de la carga de reporte que se les solicita (10). El desafío para Colombia no es replicar esas cifras, sino definir un nivel de actividad sostenible para una red permanente de alcance nacional.

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.

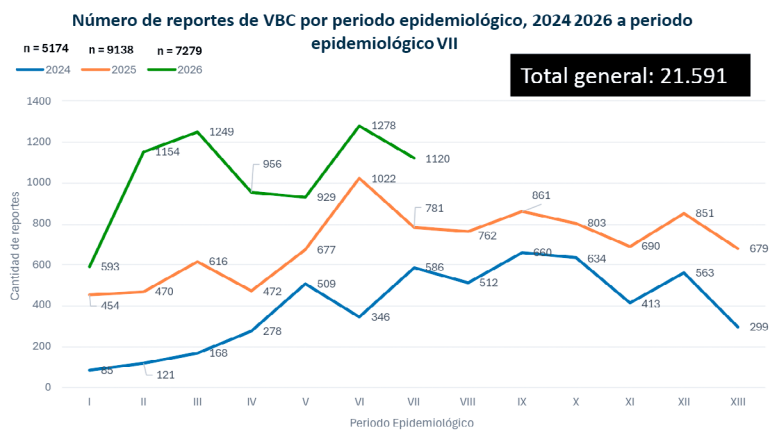
Tabla 3. Referentes internacionales de actividad y desempeño en sistemas de vigilancia basada en comunidad

Sistema / país	Indicador reportado	Valor	Contexto operativo
Media Luna Roja, Somalilandia (Awdal) (7)	Completitud semanal de voluntarios activos	68,0 %	Supervisión intensiva y reporte de cero obligatorio
Media Luna Roja, Somalilandia (Togdheer) (7)	Completitud semanal de voluntarios activos	64,0 %	Supervisión intensiva y reporte de cero obligatorio
CEBS Ébola, Sierra Leona (8)	Monitores que reportan al supervisor	82,0 %	Emergencia epidémica, supervisión presencial
CEBS Ébola, Sierra Leona (9)	Reportes que cumplen la definición de caso	2,0 %	Alto volumen y bajo valor predictivo
CEBS Ébola, Sierra Leona (9)	Casos de ébola detectados por la comunidad	30,0 %	Emergencia epidémica, evento único

Comportamiento del reporte comunitario, 2024-2026

Entre 2024 y el período epidemiológico VII de 2026 se acumularon 21 591 reportes de VBC en el país: 5 174 (24,0 %) en 2024, 9 138 (42,3 %) en 2025 y 7 279 (33,7 %) en lo corrido de 2026. La comparación con el mismo periodo del año anterior es la más informativa: entre los periodos epidemiológicos I y VII de 2025 se registraron 4 492 reportes, de modo que 2026 representa un incremento del 62,0 %; frente a 2024 (2 093 reportes en el mismo lapso), el aumento asciende a 247,8 % (figura 2).

Figura 2. Número de reportes de vigilancia basada en comunidad por periodo epidemiológico, Colombia, 2024-2026*



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 4.0, matriz de reporte y módulo VBC, 2026 (datos preliminares).
**A periodo epidemiológico VII*

El comportamiento del reporte no es homogéneo en el tiempo y responde de manera identificable a los eventos que han demandado respuesta nacional. La figura 4 sitúa la tendencia frente a los principales hitos del periodo: la activación del Centro de Operaciones de Emergencia (COE) del INS por la situación de desnutrición en La Guajira (enero de 2024); la alerta epidemiológica nacional por dengue, activa durante 2024 y 2025; la realización de la COP16 en Colombia (21 de octubre al 01 de noviembre de 2024); el inicio y curso del brote de fiebre amarilla (octubre de 2024 a julio de 2026); el brote de mpox por la variante Ib (abril de 2026); y el riesgo de introducción de casos de sarampión en el marco de la Copa Mundial de Fútbol (junio a julio de 2026). Los picos de 2026 en los periodos epidemiológicos III (1 249 reportes) y VI (1 278 reportes) coinciden con estos dos últimos hitos, lo que evidencia que la red responde a la comunicación del riesgo cuando esta se dirige de manera explícita a los agentes comunitarios.

Según el tipo de situación reportada, los factores potencialmente relacionados con el ambiente concentran el 31,4 % del acumulado, seguidos de los casos específicos (19,4 %) y los síndromes (17,5 %). Las situaciones en animales aportan el 12,4 % y los conglomerados el 5,6 %, mientras que las muertes en comunidad, aunque representan solo el 1,2 %, constituyen el grupo de mayor relevancia para el análisis de la mortalidad evitable en territorios de difícil acceso (tabla 4).

Tabla 4. Reportes de vigilancia basada en comunidad según tipo de situación, Colombia, 2024-2026*

Tipo de situación reportada	n.º	%
Factores potencialmente relacionados con el ambiente	6 769	31,4
Casos específicos	4 198	19,4
Síndromes	3 780	17,5
Otro	2 703	12,5
Situaciones en animales	2 668	12,4
Conglomerados	1 209	5,6
Muertes en comunidad	264	1,2
Total general	21 591	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, matriz de reporte y módulo VBC, Sivigila 4.0, 2026 (datos preliminares).
**A periodo epidemiológico VII*

Dentro de los síndromes (3 780), el síndrome febril concentra el 48,1 % (1 818), seguido del síndrome febril exantemático con 18,8 % (709), el síndrome respiratorio con 14,0 % (530), el síndrome diarreico con 9,1 % (343) y el sintomático respiratorio con 8,6 % (324). Los síndromes febriles ictérico (34) y neurológico (22) son poco frecuentes, pero de alto valor para la vigilancia de fiebre amarilla y de enfermedades transmitidas por vectores.

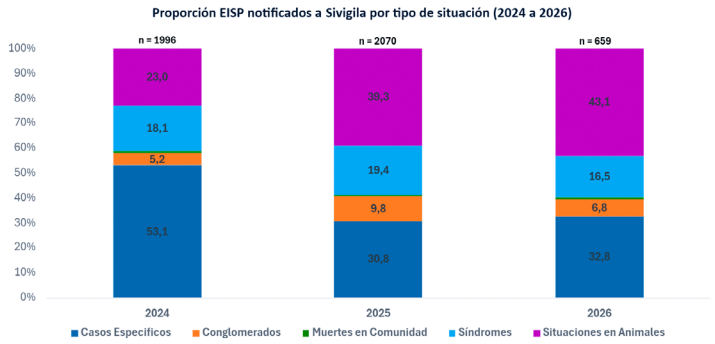
La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento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

Dentro de los factores potencialmente relacionados (6 769), la presencia de plagas representa el 33,1 % (2 240), seguida de las afectaciones atmosféricas con 11,7 % (794), las inundaciones con 8,4 % (568), la contaminación de fuentes hídricas de origen humano con 6,6 % (445) y los incendios con 3,5 % (239). Se reportaron además situaciones asociadas a la ausencia de alcantarillado (171), bloqueos (75), contaminación de fuentes hídricas de origen natural (63), conflicto armado (19) y confinamiento (16); estas últimas, aunque marginales en volumen, provienen de territorios donde los canales institucionales de vigilancia presentan las mayores limitaciones.

Evaluación: validez de las señales y aporte a Sivigila

La validez general de los reportes en el periodo 2024-2026 fue del 80,1 % (17 305 de 21 591 reportes clasificados como válidos o de interés en salud pública). El comportamiento por año muestra una curva en U: 91,7 % en 2024, 72,3 % en 2025 y 81,8 % en 2026 (figura 3). La caída de 2025 coincide con la fase de mayor expansión de la red y con la incorporación masiva de agentes recién formados; la recuperación de 2026 sugiere que la estandarización del reporte a través del módulo y el refuerzo de la capacitación mejoraron la calidad de la señal.

Figura 3. Proporción de validez de los reportes de vigilancia basada en comunidad, Colombia, 2024-2026*



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, módulo VBC, Sivigila 4.0 2024-2026
**datos preliminares con corte a periodo epidemiológico VII*

El aporte de la VBC al sistema de vigilancia se estimó mediante el valor predictivo positivo de los reportes, entendido como la proporción de situaciones de interés que terminaron notificadas como evento de interés en salud pública (EISP) a Sivigila. En el acumulado, el 22,3 % de los reportes de situaciones de interés se notificó como EISP. El desempeño varía de manera sustancial según el tipo de situación: las situaciones en animales alcanzan un 58,4 % y los casos específicos un 45,6 %, mientras que los síndromes (23,1 %) y las muertes en comunidad (11,7 %) presentan los valores más bajos (tabla 5).

Tabla 5. Proporción de reportes de vigilancia basada en comunidad notificados como evento de interés en salud pública a Sivigila, según tipo de situación, Colombia, 2024-2026

Tipo de situación	n.º	Notificados a Sivigila (%)
Situaciones en animales	2 668	58,4
Casos específicos	4 198	45,6
Conglomerados	1 209	29,0
Síndromes	3 780	23,1
Muertes en comunidad	264	11,7
Total de situaciones de interés	—	22,3

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, módulo VBC, Sivigila 4.0, 2024-2026 (datos preliminares).

La composición de los EISP notificados a partir de reportes comunitarios también se modificó en el tiempo. En 2024, los casos específicos aportaban el 53,1 % de las notificaciones (1 059) y las situaciones en animales el 23,0 % (460); en 2026, las situaciones en animales pasaron a representar el 43,1 % (284) y los casos específicos el 32,8 % (216). Este desplazamiento es coherente con la vigilancia intensificada de epizootias durante el brote de fiebre amarilla y muestra que la red se reorienta cuando recibe lineamientos específicos.

En cuanto a los eventos concretos, las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia encabezan la lista con 1 445 notificaciones, seguidas de malaria (885), dengue (489) y la vigilancia de la violencia de género e intrafamiliar (385). La presencia de este último evento, junto con el intento de suicidio (132), confirma que la red ya está captando situaciones de salud mental y violencias, uno de los retos definidos en 2025 (tabla 6).

Tabla 6. Principales eventos de interés en salud pública notificados a Sivigila a partir de reportes de vigilancia basada en comunidad, Colombia, 2024-2026

Evento de interés en salud pública	n.º	Evento de interés en salud pública	n.º
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	1 445	Tuberculosis	95
Malaria	885	Accidente ofídico	79
Dengue	489	Morbilidad por EDA	63
Violencia de género e intrafamiliar	385	Morbilidad por IRA	50
Desnutrición aguda en menores de 5 años	194	Enfermedades transmitidas por alimentos o agua (brotes)	47
Varicela individual	174	Morbilidad materna extrema	45
Intento de suicidio	132	Intoxicación por otras sustancias químicas	42

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, módulo VBC, Sivigila 4.0, 2024-2026 (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.

La ReVCom frente a brotes y emergencias

Durante 2026, la red se activó de manera específica en tres situaciones que ilustran su valor operativo. En el brote de fiebre amarilla se activaron las redes comunitarias de Tolima y de otros departamentos afectados, se orientó el reporte de epizootias, principalmente el avistamiento de primates no humanos muertos o agónicos, y se desarrolló un curso rápido sobre el evento dirigido a agentes comunitarios, con el fin de mejorar la calidad de la señal en zonas rurales dispersas. Frente al riesgo de introducción de sarampión en el contexto de la Copa Mundial de Fútbol, se socializaron con la red las acciones de identificación de fiebre y brotes en la piel y se emitieron recomendaciones para el periodo del evento y el posterior. La respuesta comunitaria generó 249 señales de enfermedad mano-pie-boca, 108 de varicela y 18 reportes con sospecha de sarampión, un ejemplo de cómo la vigilancia comunitaria amplía la búsqueda de casos febriles exantemáticos, aun cuando la mayoría de las señales corresponda a diagnósticos diferenciales.
Finalmente, ante el sismo del 10 de agosto la ReVCom operó en dos fases: una primera de reporte de afectaciones, personas fallecidas y heridas, y una segunda de reporte de situaciones relacionadas con las condiciones sanitarias derivadas del evento. Esta experiencia evidenció la necesidad de contar con una guía específica de operación de la red en situaciones de emergencia

Conclusiones

- La VBC completó en 2026 su tránsito de una estrategia en expansión a un componente operativo del sistema de vigilancia. El acumulado de 21 591 reportes entre 2024 y el periodo epidemiológico VII de 2026, con un incremento del 62,0 % frente al mismo periodo de 2025, y una validez general del 80,1 %, muestra que las señales comunitarias son sostenidas y mayoritariamente útiles.
- La incorporación del módulo de VBC en Sivigila 4.0 se produjo de manera escalonada a lo largo del territorio nacional y modificó la naturaleza del seguimiento: por primera vez es posible medir cobertura municipal, actividad de los agentes, seguimiento a las situaciones y reportes negativos con una fuente única y estandarizada.
- El aporte de la VBC al Sivigila es real pero heterogéneo. El 22,3 % de las situaciones de interés se notificó como EISP, con mejor desempeño en situaciones en animales y casos específicos, y con oportunidades claras de mejora en síndromes y muertes en comunidad, donde la verificación y la clasificación requieren mayor acompañamiento técnico.
- Persiste la necesidad de fortalecer y mantener los planes de abordaje comunitario en los territorios. La proporción de agentes comunitarios activos se mantiene en 9,0 % a nivel nacional, por debajo de lo esperado, lo que indica que el crecimiento del registro no se ha traducido aún en participación sostenida y que la retención de los agentes es hoy el principal cuello de botella de la estrategia.
- Se dio cumplimiento al 95,0 % de las líneas de trabajo planteadas para la vigencia, incluidas la formación de 1 065 entrenadores y 2 554 personas entrenadas, la estructuración del PAC 2026 y el diseño del curso virtual con el SENA.

Recomendaciones para los actores de la vigilancia basada en comunidad del país y líneas de trabajo

- Evaluar los indicadores actuales de la estrategia, ajustarlos e incorporar nuevos indicadores que permitan medir la retención de los agentes comunitarios y el cierre efectivo del ciclo de respuesta y realimentación.
- Medir el impacto de los procesos formativos, diferenciando la formación de entrenadores de la de agentes comunitarios y vinculando la formación con el desempeño posterior en el reporte.
- Incorporar nuevas situaciones de interés en salud pública relacionadas con otros eventos, entre ellos sífilis y VIH, ampliando el alcance de la vigilancia comunitaria más allá de los eventos transmisibles agudos.
- Establecer una guía de operación de la REVCOM en situaciones de emergencia, que estandarice las fases de reporte aplicadas durante el sismo del 10 de agosto y las adapte a otros escenarios de desastre.
- Fortalecer el módulo de gestión de la VBC, incorporar herramientas de inteligencia artificial para el análisis y la clasificación de señales, y ajustar el aplicativo a partir de los hallazgos del primer año de implementación.
- Acompañar de manera prioritaria a los territorios que no han sido priorizados y a aquellos con menores porcentajes de seguimiento a las situaciones reportadas, promoviendo espacios de fortalecimiento de capacidades y resolución de dificultades.

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

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Manual 1.1 Caja de herramientas. Sistema de alerta temprana – vigilancia basada en comunidad: generalidades [Internet]. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2023 [citado 14 ago 2026]. Disponible en: *https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-1-1-sistema-alerta-temprana-comunidad.pdf*

2. Instituto Nacional de Salud. Manual 1.2 de vigilancia comunitaria: sistema de alerta temprana – vigilancia basada en comunidad, fases de implementación [Internet]. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2023 [citado 13 ago 2026]. Disponible en: *https://www.ins.gov.co/Noticias/revcom/Etapa%201.2.%20Sistema%20de%20alerta%20temprana%20vigilancia%20basada%20en%20comunidad,%20fases%20de%20implementaci%C3%B3n%20caja.pdf*

3. Cortés Martín J, Quintero Torres LD, Morillo Gómez AP, López Ávila DF, Quijada Bonilla H. Implementación del proceso de vigilancia comunitaria en Putumayo, Colombia, 2009-2024. Rep Epidemiol Nac. 2024;6(4):33-48. doi: 10.33610/28059611.169

4. Lozano Lesmes LY, López Ávila DF, Moreno Santamaría DA, Castaño Mora SP, Moreno Anzola FN, Quintero Torres LD, et al. Vigilancia basada en comunidad: la salud pública desde y para el territorio. Bol Epidemiol Semanal. 2025;(33):3-9. doi: 10.33610/23576189.2025.33

5. Instituto Nacional de Salud. ABC de la vigilancia basada en comunidad – VBC [Internet]. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2024 [citado 20 ago 2026]. Disponible en: *https://www.ins.gov.co/Noticias/revcom/ABC%20de%20Vigilancia%20Basada%20en%20Comunidad.pdf*

6. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos para la vigilancia basada en comunidad 2026 [Internet]. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2026 [citado 20 ago 2026]. Disponible en: *https://www.ins.gov.co/Noticias/revcom/Lineamientos%20para%20la%20Vigilancia%20Basada%20en%20Comunidad%202026.pdf*

7. Jung J, Larsen TM, Beledi AH, Takahashi E, Ahmed AO, Reid J, et al. Community-based surveillance programme evaluation using the platform Nyss implemented by the Somali Red Crescent Society — a mixed methods approach. Confl Health. 2024;18(1):20. doi: 10.1186/s13031-024-00578-5

8. Stone E, Miller L, Jasperse J, Privette G, Diez Beltran JC, Jambai A, et al. Community event-based surveillance for Ebola virus disease in Sierra Leone: implementation of a national-level system during a crisis. PLoS Curr. 2016;8:ecurrents.outbreaks.d119c71125b5cce312b9700d744c56d8. doi: 10.1371/currents.outbreaks.d119c71125b5cce312b9700d744c56d8

9. Ratnayake R, Crowe SJ, Jasperse J, Privette G, Stone E, Miller L, et al. Assessment of community event-based surveillance for Ebola virus disease, Sierra Leone, 2015. Emerg Infect Dis. 2016;22(8):1431-7. doi: 10.3201/eid2208.160205

10. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Community-based surveillance: guiding principles [Internet]. Ginebra: IFRC; 2017 [citado 15 ago 2026]. Disponible en: *https://www.ifrc.org/sites/default/files/CommunityBasedSurveillance_Global-LR.pdf*

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

SITUACIÓN NACIONAL

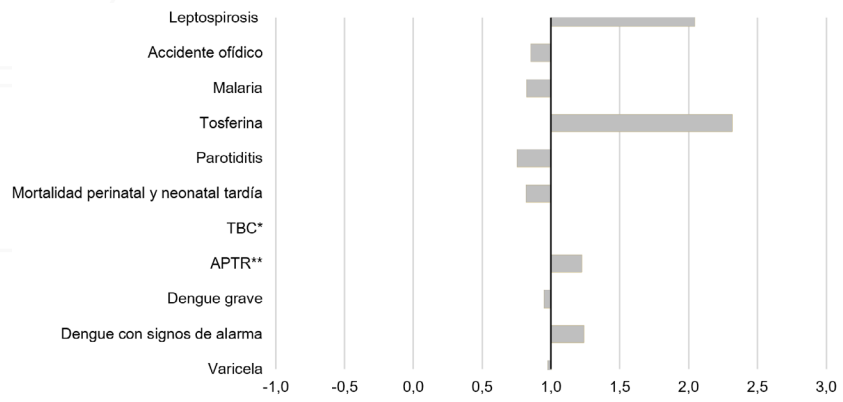
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Para la semana epidemiológica 32 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 32 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 por debajo de su comportamiento histórico de la notificación (tabla 7).

Tabla 7. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 32 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	117 698	117 427	0,10	0,92

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 32 del 2026, el evento de fiebre tifoidea y paratifoidea se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea y leishmaniasis mucosa se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 8).

Tabla 8. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Fiebre tifoidea y paratifoidea	4	1	0.02
Leishmaniasis cutánea	5	78	0.00
Leishmaniasis mucosa	0	2	0.00
Zika	2	2	0.27
Lepra	3	6	0.10
Chikunguña	1	1	0.37
Mortalidad por dengue	4	4	0.20

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 32 de 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 123 de 1 123 UNM), se observó un incremento de 0,09 puntos porcentuales con respecto a la semana epidemiológica anterior y comportamiento igual a la semana epidemiológica 32 de 2025, en la que el cumplimiento fue del 100,0 %. El país cumplió con la meta establecida para este nivel de información que es como mínimo del 98,0 %.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 99,94 % (4 760 / 4 757); observando un aumento de 0,3 % con respecto a la semana anterior; en comparación con la semana epidemiológica 32 de 2025 se presentó una disminución de 0,6 %. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

Con relación al incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 32 de 2026, a nivel nacional se detectó que el 0,3 % (3) de las UPGD caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico, estas corresponden a UPGD de las entidades territoriales de Bolívar (1), Meta (1) y Sucre (1).

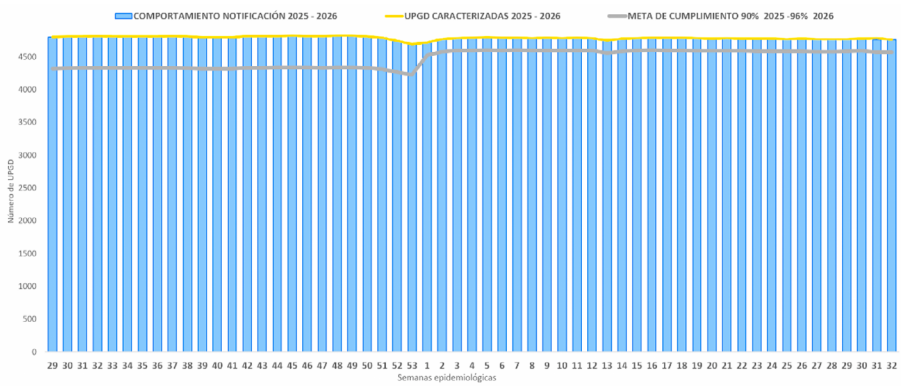
De manera complementaria, En el marco de la atención de la emergencia, y en el seguimiento realizado el 19 de agosto de 2026, con corte a las 12:00 horas, se validó el cumplimiento de la notificación de UPGD, UNM y UND y se efectuó la actualización de la caracterización de la red notificadora. Como resultado de este proceso, fueron inactivadas 16 UPGD por cierre de servicios, ubicadas en Cali (6), Chocó (1), Quindío (3), Risaralda (5) y Caldas (1), ajuste

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.

que permite mantener actualizado el denominador de instituciones activas sujetas a seguimiento. Posterior a esta depuración, las entidades territoriales de Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Chocó, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca alcanzaron un cumplimiento del 100,0 % en la notificación para la semana epidemiológica 32, evidenciando la continuidad del flujo de información al Sivigila en estos territorios.

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 4 567 UPGD en la semana analizada (figura 5).

Figura 5. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 32 de 2026



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

Cumplimiento en la notificación de las infecciones asociadas a la atención en salud

La vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en Colombia se sustenta en la notificación periódica y sistemática de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), como insumo fundamental para la generación de información epidemiológica válida y oportuna, con seguimiento mensual y plazo máximo de reporte establecido el segundo lunes del mes siguiente al periodo evaluado. Esta vigilancia se centra en el monitoreo sistemático de eventos trazadores, incluyendo infecciones asociadas a dispositivos (IAD), infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ) y consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (CAB). El cumplimiento de la notificación se evalúa mediante el indicador de silencio epidemiológico, definido como la proporción de unidades que no reportan información en el periodo establecido, con una meta nacional de < 10 %. Este indicador permite valorar la integridad, continuidad y oportunidad del flujo de datos, condicionando la sensibilidad del sistema para la detección de variaciones en el comportamiento de los eventos.

Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos

Durante julio de 2026 se identificaron 450 UPGD activas en el sistema nacional de vigilancia de IAD. De estas, 40 UPGD presentaron silencio epidemiológico, lo que correspondió a una proporción nacional de 8,9 %. Este resultado se encontró por debajo del valor de referencia establecido para el indicador (<10,0 %), evidenciando el cumplimiento de la meta nacional durante el periodo analizado.

Al analizar este indicador por región, la Caribe registró la mayor proporción de silencios, con 15,1 % (23/152 UPGD), seguida de la región Pacífica, con 10,2 % (6/59), ambas por encima de la meta nacional establecida (<10 %). En contraste, la región Andina presentó 5,0 % (11/219), mientras que las regiones Orinoquía y Amazonía no registraron silencios epidemiológicos (0,0 %).

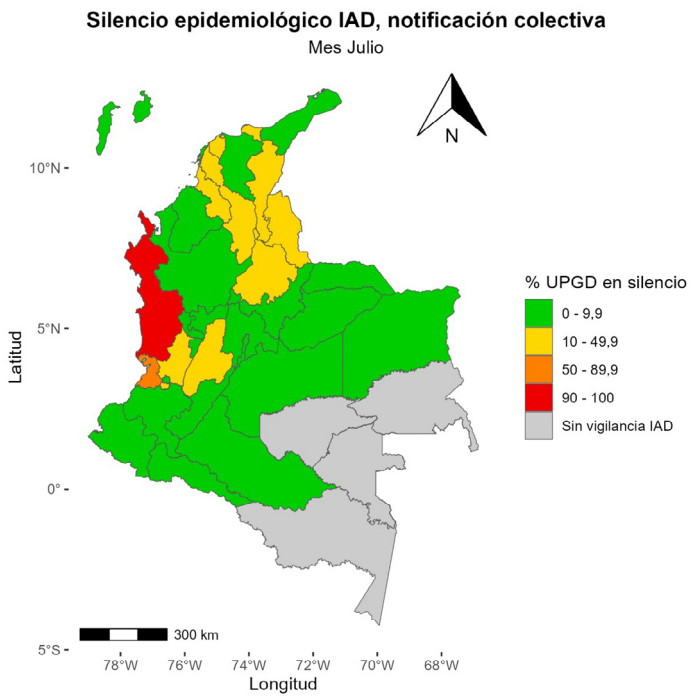
Al analizar por entidad territoral las mayores proporciones de silencio epidemiológico se observaron en Chocó (100,0 %), Buenaventura (50,0 %), Santa Marta (42,9 %), Sucre (38,5 %), Bolívar (33,3 %), Tolima (27,8 %) y Cesar (23,8 %). Adicionalmente, se registraron proporciones superiores al 10,0 % en Barranquilla (12,9 %), Atlántico y Norte de Santander (11,1 % cada uno), mientras

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.

que Bogotá, D.C. presentó (1,6 %) y otras entidades no registraron UPGD en silencio durante el periodo.

Aunque el cumplimiento de la meta nacional sugiere un desempeño favorable de la notificación a nivel agregado, la variabilidad territorial observada evidencia brechas en la continuidad de la vigilancia entre las UPGD, por lo que se hace necesario continuar fortaleciendo el seguimiento a las UPGD y su notificación en Sivigila.

Mapa 2. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos, Colombia, julio, 2026



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

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

Para julio de 2026, en el marco de la vigilancia de las IAPMQ en el Sivigila, se encontraban activas 1 338 UPGD. De estas, el 22,0 % (294) no registró notificación durante el periodo, configurando silencio epidemiológico y superando la meta nacional establecida (<10 %). En comparación con junio de 2026, cuando el indicador fue de 21,9 %, se observa un comportamiento estable. No obstante, el nivel de silencio epidemiológico continúa por encima de la meta nacional, lo que puede limitar la oportunidad y representatividad de la información disponible para el seguimiento y análisis del comportamiento del evento a nivel nacional.

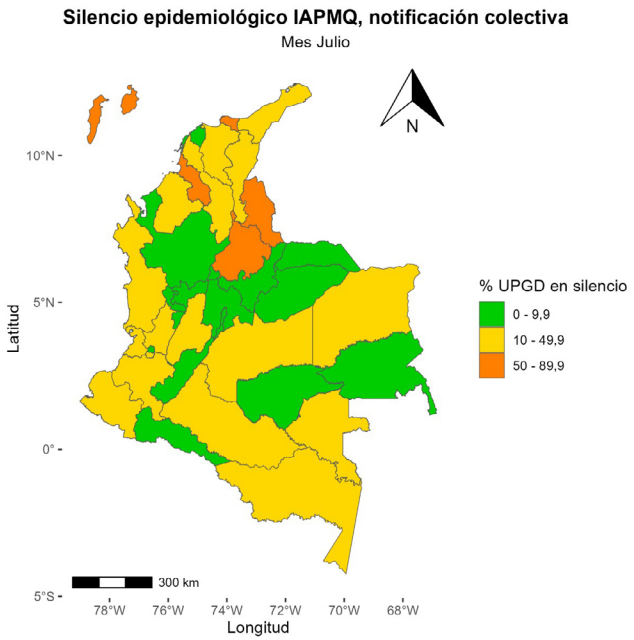
A nivel territorial, Santa Marta presentó el mayor porcentaje de silencio epidemiológico, con 76,0 %, seguido de Santander, Norte de Santander y Sucre, cuyos porcentajes se ubicaron por encima del 50,0 %. Este comportamiento evidencia brechas en la adherencia y continuidad de los procesos de notificación en estas entidades territoriales.

En contraste, Arauca, Atlántico, Bogotá, D.C., Boyacá, Casanare, Guainía, Guaviare, Huila, Putumayo y Quindío no presentaron silencio epidemiológico. En total, 17 entidades territoriales cumplieron la meta, lo que evidencia avances en el fortalecimiento de la vigilancia y en la gestión de la notificación. Sin embargo, el hecho de que el 55,0 % de entidades territoriales aún se encuentren por encima de la meta nacional evidencia oportunidades de mejora en la consolidación y sostenibilidad de los procesos de vigilancia a nivel territorial.

Estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer el seguimiento a las UPGD, así como las acciones de gestión y asistencia técnica territorial, con el propósito de mejorar la oportunidad, continuidad y cobertura de la notificación. Lo anterior permitirá disponer de información más completa, representativa y de calidad para el análisis y seguimiento del comportamiento de las IAPMQ a nivel nacional.

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.

Mapa 3. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos, Colombia, julio del 2026



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

Cumplimiento de la notificación consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

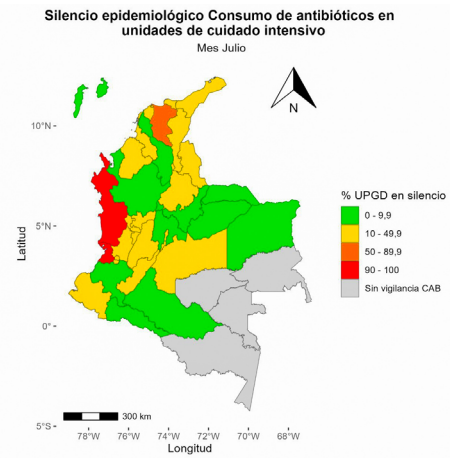
Durante julio de 2026 la notificación del evento 354 (consumo de antibióticos) en UCI adulto alcanzó un cumplimiento del 78,6 % (346/440 UPGD), por encima de la meta nacional (<10 % de silencio). Se identifican territorios con incumplimiento: Chocó y Buenaventura con 100,0 % (2/2), Magdalena con 50,0 % (2/4), Quindío con 42,9 % (3/7), Tolima con 38,9 % (7/18), Santander con 35,3 % (6/17) y Santa Marta con 33,3 % (3/9). El resto de las entidades territoriales se encuentran por encima del 70,0 % de cumplimiento de la notificación (mapa 4A).

Para hospitalización, el cumplimiento fue de 78,8 % (853/1083 UPGD), similar al observado en UCI adulto. Se destacan cuatro entidades con silencio ≥40 %. Buenaventura reporta incumplimiento del 100,0%, Norte de Santander con 66,7 %, Archipiélago de San Andrés y Providencia con 66,7 % y Santander con 47,1 %. Seis entidades territoriales se encuentran con cumplimiento con el 100,0 % (mapa 4B).

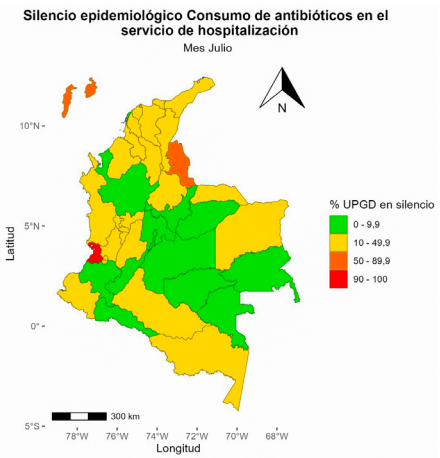
Se evidenció una disminución en el cumplimiento en la notificación de UCI con el 26,5 % de entidades territoriales en 100,0 % y hospitalización con el 15,8 % de las entidades territoriales en 100,0 % en el desempeño de la vigilancia, con concentración de silencios en entidades con menor capacidad operativa. Se insta a fortalecer el seguimiento a UPGD, la asistencia técnica y el monitoreo de oportunidad y calidad del dato, en cumplimiento del protocolo nacional, para reducir el silencio epidemiológico.

Mapa 4. Cumplimiento de la notificación consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, Colombia, julio del 2026

Mapa 4A



Mapa 4B



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

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

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 32 del 2026, se han notificado 401 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 391 casos notificados de residentes en Colombia, 242 fueron por IRA, 80 por desnutrición (DNT) aguda y 69 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 176 fueron confirmados, 70 descartados y 145 se encuentran en estudio (tabla 9).

Tabla 9. 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 32 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 32 2026			Casos en estudio a SE 32 2026			Tasa a SE 32 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	**44**	**95**	**37**	**29**	**95**	**21**	**1,21**	**2,61**	**1,02**
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	2	10	1	5	13	2	0,48	2,39	0,24
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	4	1	0	1	0	1,24	4,95	1,24
Bogotá, D.C.	0	11	0	0	11	1	0,00	2,59	0,00
Bolívar	2	4	0	1	5	1	1,83	3,66	0,00
Boyacá	0	1	x	0	2	0	0,00	1,20	0,00
Buenaventura	0	0	0	1	2	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	3	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	0	1	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	1	1	2	3	1	0,00	0,82	0,82
Cesar	4	6	2	4	2	1	2,98	4,47	1,49
Chocó	13	13	8	5	13	2	20,09	20,09	12,36
Córdoba	1	6	0	0	3	1	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	4	10	3	11,65	6,27	6,27
Magdalena	0	2	3	1	1	1	0,00	2,23	3,34
Meta	2	4	0	0	2	1	2,35	4,69	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	1	7	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	1	1	2	1	0,00	2,19	1,09
Valle del Cauca	0	1	0	1	1	2	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	4	0	1	2	3	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 32 de 2026, no figuran en la tabla.*

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 32 del 2026 se han notificado 242 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 51 confirmadas por laboratorio, 44 confirmadas por clínica, 52 descartadas, y 95 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,61 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 32 fueron 184, para una tasa de mortalidad de 4,99 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 32 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 y Valle del Cauca y, a nivel municipal, en Dabeiba, Valledupar, Riosucio 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 32 de 2026 son Rhinovirus, *Bordetella pertussis*, y Enterovirus, entre otros (tabla 10).

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. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 32, 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	3	1	2	2	17
Bordetella pertussis	8	0	0	0	0	8	14	0	0	0	0	14
Enterovirus	9	1	2	1	0	13	4	2	0	2	2	10
Streptococcus pneumoniae	3	2	1	1	0	7	4	2	1	1	2	10
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	9	2	2	0	0	13	7	0	0	0	0	7
Metapneumovirus	2	0	0	0	0	2	2	1	2	0	0	5
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	5	0	2	1	0	8	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**
Mycoplasma pneumoniae	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	77	20	16	7	1	121	56	13	7	10	11	97

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 32 de 2026 se han notificado 80 muertes probables en menores de cinco años reside ntes en Colombia por DNT aguda, 44 confirmadas, siete (7) descartadas y 29 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,21 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 32 fue de 111, para una tasa de mortalidad de 3,01 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 32 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, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander y Risaralda, y a nivel municipal en Bagadó, Medio Baudó, Riohacha, Maicao, Manaure y Uribia. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 32 de 2026 se han notificado 69 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 35 confirmadas por clínica, dos (2) confirmadas por laboratorio, 11 descartadas y 21 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,02 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 32 fue de 52 para una tasa de mortalidad de 1,41 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 32 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de Chocó, La Guajira, Magdalena y Risaralda, y a nivel municipal, en Bagadó y Uribia. 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 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 cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAF ND 2025 y 2026 datos preliminares

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 32 de 2026 se notificaron a Sivigila seis (6) casos: tres (3) muertes maternas tempranas, dos (2) muertes maternas tardías y una (1) muerte materna coincidente. El país acumula 89 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 85 residen en territorio colombiano y cuatro (4) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 11).

Tabla 11. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 32, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	164	96	48	308
2024	128	87	32	247
2025	116	99	33	248
2026p	85	72	33	190

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 32 de 2026 fue de 31,7 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 44,4 muertes por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2025. Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 26 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá, D.C., Antioquia, La Guajira, Chocó y Magdalena. Al comparar con el promedio histórico 2022–2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional en los departamentos de Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Córdoba, La Guajira, Norte de Santander y Santander; sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 12).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Frontino (Antioquia), San Martín de Loba (Bolívar), Carmen del Darién (Chocó), Buenavista (Córdoba) y Santa Ana (Magdalena); en el promedio histórico 2022–2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 13).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 32 de 2026, el 56,5 % corresponde a causas directas y el 34,1 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 21,2 % (tabla 14).

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 12. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 32	Acumulado de casos a SE 32		Razón de mortalidad materna por 100 000 NV a SE 32	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	**142**	**116**	**85**	**44,4**	**31,7**
Chocó	8	5	6	138,8	177,5
Vichada	2	1	1	128,2	129,9
Caquetá	2	1	3	34,6	107,6
Magdalena	5	1	5	18,1	91,6
Quindío	1	1	2	43,0	84,6
Casanare	1	3	2	107,3	72,3
La Guajira	12	9	7	91,2	71,4
Risaralda	3	3	3	70,7	65,9
Buenaventura	2	1	1	66,5	65,3
Cartagena de Indias	4	1	4	14,2	56,4
Nariño	7	5	4	71,9	55,5
Cesar	8	11	4	126,8	45,8
Tolima	4	3	3	44,0	42,7
Cauca	6	1	3	13,9	40,5
Sucre	2	1	2	18,4	37,7
Boyacá	3	2	2	33,8	32,4
Antioquia	14	13	10	41,9	31,0
Bogotá	11	10	11	29,3	30,9
Santa Marta	3	2	1	56,1	27,3
Huila	3	2	2	25,8	25,2
Cundinamarca	7	5	4	30,8	24,0
Meta	3	1	1	14,7	14,0
Bolívar	6	5	1	71,1	13,9
Valle del Cauca	2	2	1	24,4	11,9
Santiago de Cali	3	3	1	29,7	9,9
Córdoba	6	4	1	39,3	9,9
Arauca	1	0	0	0,0	0,0
Atlántico	5	5	0	70,0	0,0
Barranquilla	4	4	0	51,0	0,0
Caldas	1	0	0	0,0	0,0
Guainía	1	2	0	441,5	0,0
Norte de Santander	5	6	0	67,3	0,0
Putumayo	1	0	0	0,0	0,0
Santander	3	3	0	26,5	0,0

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

RUAF - ND, nacimientos PE VIII 2025 - 2026 datos preliminares. SE: semana epidemiológica, NV: nacidos vivos

Tabla 13. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 32 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 32	Valor observado SE 32
Colombia	142	85
Frontino (Antioquia)	0	1*
San Martín de Loba (Bolívar)	0	1*
Carmen del Darién (Chocó)	0	1*
Buenavista (Córdoba)	0	1*
Santa Ana (Magdalena)	0	1*

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2025, datos preliminares 2026.
SE: semana epidemiológica.
**Municipios que en el promedio histórico 2022 – 2025 no presentaron muertes maternas tempranas*

Tabla 14. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 32 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 32	Número de casos y proporción a SE 32 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	**122**	**128**	**100**	**116**	**100**	**85**	**100**
DIRECTA	**77**	**81**	**63,3**	**73**	**62,9**	**48**	**56,5**
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	26	25	19,5	26	22,4	18	21,2
Hemorragia obstétrica	24	26	20,3	21	18,1	8	9,4
Evento tromboembólico como causa básica	7	7	5,5	7	6,0	8	9,4
Sepsis obstétrica	6	6	4,7	6	5,2	5	5,9
Embarazo ectópico	6	6	4,7	6	5,2	3	3,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	3,1	5	4,3	3	3,5
Embolia de líquido amniótico	2	3	2,3	0	0,0	1	1,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	2,3	2	1,7	1	1,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Otras causas directas	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	**43**	**45**	**35,2**	**41**	**35,3**	**29**	**34,1**
Otras causas indirectas	16	18	14,1	14	12,1	17	20,0
Otras causas indirectas: neumonía	8	5	3,9	10	8,6	6	7,1
Sepsis no obstétrica	7	6	4,7	8	6,9	3	3,5
Otras causas indirectas: cáncer	6	8	6,3	4	3,4	3	3,5
Otras causas indirectas: malaria	2	0	0,0	3	2,6	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	1,6	2	1,7	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	4	3,1	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**	**1,6**	**1**	**0,9**	**8**	**9,4**

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

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

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.

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

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia (n <=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 32 del 2026 se han notificado 3 773 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 735 corresponden a residentes en Colombia y 38 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,9 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, La Guajira y Córdoba. Las razones más altas se observaron en Vichada, Chocó, Guainía, Buenaventura y Amazonas. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 32 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Casanare, Putumayo, San Andrés y Providencia y Guaviare (tabla 15).

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), Granada (Meta), La Estrella (Antioquia), Alto Baudó (Chocó), Roberto Payán (Nariño), Isnos (Huila), Puerto López (Meta), Guamo (Tolima), Peñol (Antioquia), Cicuco (Bolívar), Paipa (Boyacá), Bahía Solano (Chocó), Carmen del Darién (Chocó), Quimbaya (Quindío), Zambrano (Bolívar), Tolú Viejo (Sucre), Restrepo (Valle del Cauca), Cisneros (Antioquia), Giraldo (Antioquia), Tesalia (Huila), La Tola (Nariño), Paz de Río (Boyacá), Marulanda (Caldas), Jerusalén (Cundinamarca), Salento (Quindío) y Betulia (Santander) (tabla 16).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,4 %, seguido de neonatales tempranas con 27,8 %, neonatales tardías con 18,3 %, 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 25,3 %, seguido de prematuridad e inmaturidad con el 17,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,9 % (tabla 17). A corte de la semana epidemiológica 32 del 2026 (datos preliminares) se observó un incremento 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.

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

Tabla 15. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 32 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 32	Acumulado de casos a SE 32		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	4 605	3 453	3 735	13,6	13,9
Vichada	24	22	27	28,9	35,1
Chocó	110	64	97	18,3	28,7
Guainía	12	10	15	22,6	27,9
Buenaventura	49	44	36	29,9	23,5
Amazonas	12	13	10	31,1	21,1
Arauca	39	16	35	9,4	18,1
Bolívar	137	100	130	14,6	18,0
Vaupés	9	5	5	16,8	17,1
La Guajira	244	166	165	17,4	16,8
Sucre	114	64	89	12,1	16,8
Cauca	149	97	124	13,9	16,8
Córdoba	231	143	163	14,5	16,1
Cesar	165	134	137	15,9	15,7
Santiago de Cali	183	164	156	16,8	15,4
Caldas	61	53	53	16,4	15,3
Quindío	37	28	36	12,4	15,2
Barranquilla	168	95	123	12,5	14,6
Risaralda	66	50	66	12,1	14,5
Nariño	126	130	104	19,3	14,4
Antioquia	520	411	461	13,6	14,3
Santa Marta	56	40	52	11,6	14,2
Cartagena de Indias	143	93	95	13,6	13,4
Bogotá, D.C.	483	394	465	11,9	13,1
Magdalena	118	92	71	17,2	13,0
Cundinamarca	258	230	216	14,6	13,0
Huila	111	75	102	10,0	12,8
Valle del Cauca	128	107	106	13,4	12,6
Meta	112	104	87	15,7	12,2
Caquetá	41	28	33	9,9	11,8
Norte de Santander	140	98	105	11,3	11,4
Boyacá	85	68	68	11,8	11,0
Casanare	48	40	28	14,7	10,1
Atlántico	138	80	75	11,6	9,8
Putumayo	38	24	21	11,7	9,7
Tolima	93	61	67	9,2	9,5
Santander	140	93	106	8,4	9,3
San Andrés y Providencia	8	9	2	27,9	6,6
Guaviare	9	8	4	14,2	6,3

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

Tabla 16. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 32 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 32 2021 - 2025	Valor observado a SE 32 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	**4605**	**3735**	**-**
Manaure (La Guajira)	22	28	15
Cumaribo (Vichada)	15	23	14
Dosquebradas (Risaralda)	14	20	23
Tunja (Boyacá)	10	18	29
Granada (Meta)	7	15	30
La Estrella (Antioquia)	3	11	17
Alto Baudó (Chocó)	3	10	19
Roberto Payán (Nariño)	2	8	10
Isnos (Huila)	3	6	12
Puerto López (Meta)	2	6	6
Guamo (Tolima)	2	6	8
Peñol (Antioquia)	2	5	15
Cicuco (Bolívar)	2	5	8
Paipa (Boyacá)	2	5	15
Bahía Solano (Chocó)	1	5	20
Carmen del Darién (Chocó)	2	5	6
Quimbaya (Quindío)	2	5	8
Zambrano (Bolívar)	1	4	11
Tolú Viejo (Sucre)	1	4	12
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	26
Cisneros (Antioquia)	1	3	10
Giraldo (Antioquia)	1	3	8
Tesalia (Huila)	0	3	16
La Tola (Nariño)	1	3	10
Paz de Río (Boyacá)	0	2	7
Marulanda (Caldas)	0	2	17
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	9
Salento (Quindío)	0	2	20
Betulia (Santander)	0	2	7

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

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.

Tabla 17. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 32, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 32, 2024 -2026					
	2024 a SE 32	(%)	2025 a SE 32	(%)	2026 a SE 32	(%)
Colombia	**3733**	**100,0**	**3453**	**100,0**	**3735**	**100,0**
Asfixia y causas relacionadas	982	26,3	957	27,7	946	25,3
Prematuridad-inmaturidad	612	16,4	589	17,1	659	17,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	566	15,2	530	15,3	520	13,9
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	424	11,4	370	10,7	350	9,4
Infecciones	329	8,8	313	9,1	296	7,9
Malformación congénita	330	8,8	293	8,5	284	7,6
Otras causas de muerte	248	6,6	214	6,2	227	6,1
Sin información	0	0,0	0	0,0	191	5,1
Causas no específicas	95	2,5	54	1,6	140	3,7
Trastornos cardiovasculares	110	2,9	97	2,8	82	2,2
Convulsiones y trastornos neurológicos	18	0,5	17	0,5	25	0,7
Lesión de causa externa	19	0,5	19	0,6	15	0,4

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

EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 32 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 epidemiológico (semanas epidemiológicas 29 a 32 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 25 a 28 de 2026), sin alcanzar significancia estadística (variación porcentual inferior −30,0 %) (tabla 18).

Tabla 18. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 25 a 28 de 2026 y 29 a 32 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 25 a 28 de 2026	SE 29 a 32 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	435 916	435 784	-8,88%	
Hospitalización en sala general	20 430	19 352	-13,11%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 582	2 301	-15,86%	

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 32 del 2026 se notificaron 106 089 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), no se observó incremento en ninguna entidad territorial, mientras que Amazonas, Barranquilla, Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Cesar, Guainía, Huila, Nariño, Quindío, San Andrés, Santa Marta y Valle del Cauca presentaron disminución. Las 22 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 ocho municipios (tabla 19).

Tabla 19. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios con más de 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 32 del 2026

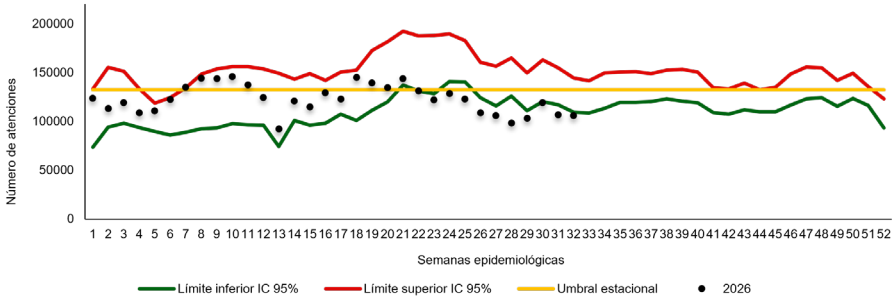
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	39 633	49 559	3 027	6 728
Atlántico	Soledad	57 288	51 640	7 424	5 364
Antioquia	Rionegro	23 822	31 137	2 382	5 092
Antioquia	Itagüí	55 210	47 424	5 935	5 069
Cundinamarca	Soacha	53 375	41 217	5 453	4 928
La Guajira	Uribia	31 263	33 250	2 766	4 152
Antioquia	Bello	40 066	43 090	4 843	3 599
Cundinamarca	Chía	37 375	28 912	4 404	3 533
Cundinamarca	Zipaquirá	14 961	13 692	1 965	1 982
Risaralda	Dosquebradas	19 227	15 742	1 989	1 743
Santander	Barrancabermeja	20 264	17 926	1 473	1 706
Santander	Floridablanca	17 832	16 641	2 060	1 697
Córdoba	Cereté	11 823	13 317	1 157	1 602
Boyacá	Sogamoso	12 942	10 744	1 677	1 497
Magdalena	Ciénaga	14 589	12 292	1 624	1 390
Antioquia	Apartadó	11 620	12 542	1 366	1 349
Bolívar	Magangué	14 157	12 143	1 534	1 338
Valle del Cauca	Palmira	18 028	14 233	1 881	1 307
Casanare	Yopal	9 753	8 197	1 422	1 299
Valle del Cauca	Tuluá	8 673	7 668	907	1 234
Antioquia	Envigado	17 529	16 846	2 044	1 184
Boyacá	Duitama	14 164	11 263	2 058	1 183
Córdoba	Lorica	10 019	10 584	1 301	1 113
Cundinamarca	Girardot	14 201	9 624	1 662	1 113
Cundinamarca	Madrid	9 150	10 497	1 238	1 060
Antioquia	Turbo	9 770	9 299	1 035	1 056
Cundinamarca	Facatativá	11 873	8 598	1 764	953
Norte de Santander	Ocaña	11 268	8 852	1 106	870
Cundinamarca	Funza	10 056	9 812	856	857
Valle del Cauca	Cartago	11 347	8 221	1 290	851
Huila	Pitalito	8 798	5 868	1 139	836
Cesar	Aguachica	7 767	7 189	953	742
Santander	Piedecuesta	6 687	6 188	510	696
Cauca	Santander De Quilichao	7 616	5 627	1 049	680
Córdoba	Sahagún	15 944	5 837	2 106	664
Valle del Cauca	Yumbo	9 778	7 716	1 010	642
Santander	Girón	5 755	5 002	394	525
Valle del Cauca	Buenaventura	4 333	6 285	733	479
Cundinamarca	Mosquera	4 945	3 877	472	424
Atlántico	Malambo	4 418	4 509	522	391
Cauca	Guapi	3 103	2 332	219	343
Norte de Santander	Villa del Rosario	4 465	3 934	443	294
Nariño	La Florida	478	422	46	39

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 25,0 % (108 973) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,4 % (84 686). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en los niños de 1 año con el 11,3 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 10,7 %.

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 32 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 32 de 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 32 del 2026 se notificaron 4 561 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, Casanare, Guainía, La Guajira, San Andrés y Sucre; así mismo, se observó aumento en Amazonas, Arauca, Barranquilla, Cartagena, Guaviare, Magdalena y Putumayo. En las 24 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

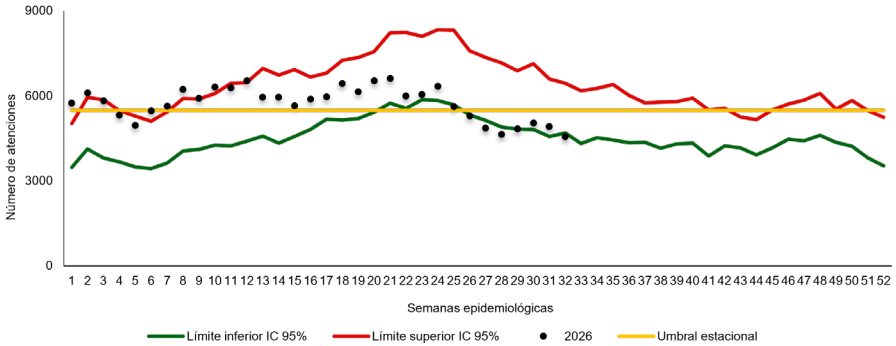
En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 210) representaron el 26,9 %, seguidos de los

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.

menores de 1 año con el 15,4 % (2 980). 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 20,9 %.

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. Posteriormente, se observó una disminución sostenida de las hospitalizaciones, situándose por debajo del umbral estacional y acercándose al límite inferior entre las semanas 25 a 32 (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 32 de 2026

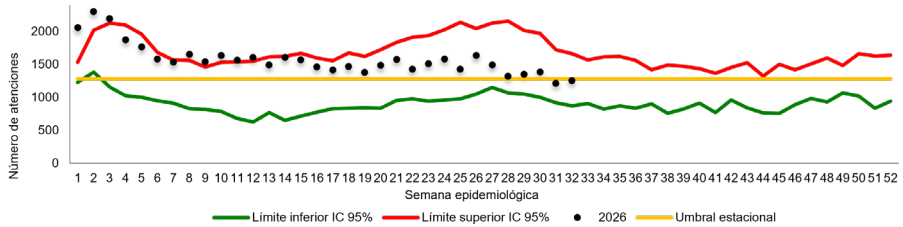


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 32 del 2026, se notificaron 1 177 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 32 de 2026 ubicándose dentro de lo esperado (figura 8).

Figura 8. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 32 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)

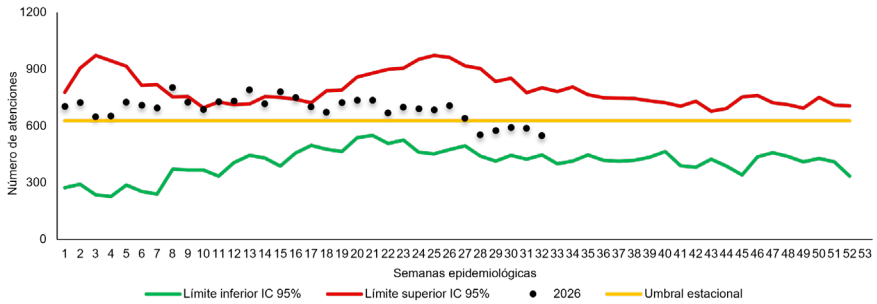
En la semana epidemiológica 32 del 2026 se notificaron 548 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Guaviare, Casanare y San Andrés. Se registró disminución en Antioquia, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Sucre y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (29 a 32 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 35,3 % (834), seguido de los menores de 1 año con el 22,3 % (527) 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 18,5 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 15,3 %.

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 32 (figura 9).

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

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 32 de 2026

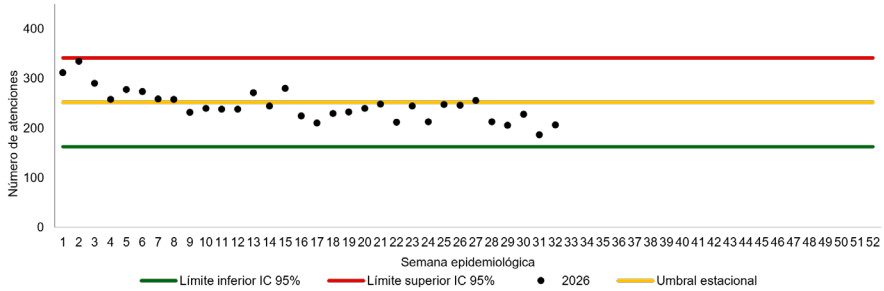


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 32 del 2026, se notificaron 207 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 32 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 32 de 2026



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

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

Los grupos de edad con mayor proporción de atenciones en los tres servicios vigilados corresponden a menores de 5 años y mayores de 60 años.

De acuerdo con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), durante agosto las condiciones climáticas del país estarán influenciadas por el fortalecimiento de las condiciones asociadas al fenómeno El Niño, junto con la variabilidad estacional e intraestacional. Se prevén precipitaciones por debajo de lo normal en amplios sectores de las regiones Caribe y Andina, así como en el Archipiélago de San Andrés y Providencia. Para el periodo agosto a octubre de 2026, esta tendencia deficitaria se intensificaría y se extendería a otras regiones del país. Asimismo, se espera un predominio de anomalías positivas en la temperatura media del aire entre agosto de 2026 y enero de 2027. Estas condiciones de disminución de las precipitaciones y aumento de la temperatura, asociadas al fortalecimiento del fenómeno El Niño, podrían favorecer la suspensión y concentración de material particulado en el aire, así como la circulación de agentes respiratorios, incrementando el riesgo de infecciones respiratorias agudas (IRA), especialmente en poblaciones vulnerables[1].

Adicionalmente, en el contexto de la emergencia generada por el terremoto ocurrido recientemente, las condiciones de hacinamiento temporal en albergues, la interrupción de servicios básicos, los desplazamientos poblacionales y las dificultades en el acceso oportuno a los servicios de salud podrían favorecer la transmisión de agentes respiratorios y aumentar la susceptibilidad de la población afectada a presentar IRA. Este riesgo puede ser mayor en grupos vulnerables como niños, personas mayores, gestantes y personas con enfermedades crónicas.

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

Considerando el contexto de la emergencia por terremoto en las entidades territoriales afectadas, las condiciones climáticas previstas, la estacionalidad del evento y el comportamiento epidemiológico esperado de las infecciones respiratorias agudas, se recomienda a las entidades territoriales:

- Fortalecer las acciones de prevención y control de infecciones respiratorias en albergues temporales, centros de evacuación y otros espacios de alojamiento colectivo, promoviendo la ventilación adecuada de los espacios, la identificación temprana y separación de personas con síntomas respiratorios, la disponibilidad

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

de puntos para higiene de manos y la adopción de medidas de protección individual según el nivel de riesgo.

- Garantizar el acceso oportuno a servicios de salud y medicamentos esenciales para la atención de enfermedades respiratorias, especialmente en las poblaciones afectadas por la emergencia.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria (VBC) en las zonas afectadas por el terremoto, con el fin de identificar oportunamente incrementos inusuales de síntomas respiratorios, conglomerados o brotes, y facilitar la implementación de medidas de control de manera temprana.
- Priorizar la protección de grupos vulnerables en los albergues y comunidades afectadas, incluyendo menores de cinco años, personas mayores, gestantes, personas con enfermedades crónicas, inmunosuprimidos y personas con discapacidad, garantizando condiciones adecuadas de alojamiento, acceso a agua potable y atención en salud.
- Coordinar acciones intersectoriales con los organismos de gestión del riesgo, autoridades locales y entidades del sector salud para reducir las condiciones que favorecen la transmisión de infecciones respiratorias, incluyendo el control del hacinamiento, la mejora de las condiciones de saneamiento básico y la adecuada gestión de espacios temporales de alojamiento.
- Mantener la disponibilidad de insumos para la prevención y control de infecciones respiratorias, tales como tapabocas, soluciones para higiene de manos y elementos de limpieza y desinfección, especialmente en las áreas con mayor afectación por la emergencia.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se mantiene en descenso. El virus dominante (50,8 %) a nivel regional corresponde a influenza B, en las subregiones se distribuye así: Caribe y Brasil y Cono Sur influenza B, mientras que en Centroamérica y la región Andina influenza A(H3N2). Respecto a 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 32 de 2026, 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 presentaron significancia estadística para el periodo analizado fueron al incremento rinovirus y 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 20). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

Tabla 20. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 25 a 32 de 2026

Agente viral identificado	SE 25 a 28 de 2026			SE 29 a 32 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	**56,0**	**62,2**	**33,3**	**49,7**	**55,4**	**34,9**	
Rinovirus	6,4	6,5	-	12,0	11,5	-	
Virus sincitial respiratorio	41,4	53,5	24,1	22,3	31,9	6,7	
Enterovirus	5,8	4,3	6,9	6,9	4,4	20,0	
Adenovirus	5,8	6,5	-	6,3	6,2	6,7	
Influenza B	3,1	1,3	-	4,0	1,8	6,7	
Influenza A	14,1	10,0	27,6	16,0	11,5	13,3	
Parainfluenza	8,6	6,1	17,2	12,0	15,0	6,7	
Metapnemovirus	2,1	2,6	3,4	4,6	7,1	-	
A(H1N1)pdm09	2,5	0,9	6,9	0,6	-	-	
SARS-CoV-2	2,1	1,7	-	4,0	3,5	20,0	
A(H3N2)	4,9	3,9	6,9	6,9	5,3	13,3	
Coronavirus	3,1	2,6	6,9	4,6	1,8	6,7	

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 (INS), Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Boletín de clima y salud. Edición No. 8. agosto de 2026. Bogotá, D.C.: INS; 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.

COVID-19

Metodología

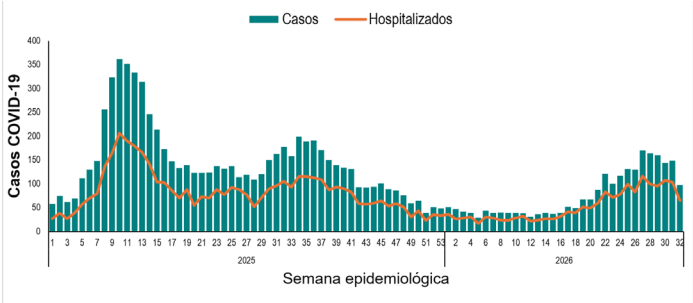
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 32 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 32), con corte al 15 de agosto y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron a Sivigila 2 464 casos de COVID-19, de los cuales 2 463 son procedentes de Colombia y uno (1) del exterior. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 29 a 32) se registraron 553 casos, una disminución del 7,7 % frente al periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 25 a 28), en el que se reportaron 599 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 370 casos, una disminución del 6,8 % frente a las 397 del periodo epidemiológico anterior. Con el mismo periodo epidemiológico de 2025 (semanas epidemiológicas 29 a 32), en el que se notificaron 614 casos, se observa una disminución en 2026 del 7,7 % 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 32 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 32 de 2026
**SE: semana epidemiológica*

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 29 a 32 de 2026) se registró una incidencia de 1,0 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 30 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 107 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 25 a 28 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en los departamentos de Boyacá, Caldas, Cauca, Huila, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Tolima y Arauca.

A nivel municipal, dicho incremento se observa en Arauquita y Saravena (Arauca), Popayán (Cauca), Funza (Cundinamarca), Neiva (Huila), Pasto (Nariño), Tibú (Norte de Santander) y Armenia (Quindío).

Entre el período epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 25 a 28 de 2026) y el período actual (semanas epidemiológicas 29 a 32 de 2026), se observó una disminución del 7,7 % en la notificación total de casos, pasando de 599 a 553 casos. No obstante, algunos grupos de edad presentaron incrementos durante el período evaluado. Los mayores aumentos porcentuales se registraron en los grupos de 30 a 39 años (48,0 %), 5 a 9 años (36,4 %), 2 a 4 años (3,9 %) y 50 a 59 años (3,8 %).

En contraste, la mayoría de los grupos de edad mostraron reducciones en la notificación de casos. Las disminuciones más importantes se observaron en el grupo de 40 a 49 años (-50,0 %), seguido de 70 a 79 años (-34,1 %), 10 a 19 años (-22,5 %), 20 a 29 años (-21,4 %), 60 a 69 años (-20,6 %), 80 a 89 años (-12,0 %), menores de un año (-6,9 %) y 1 año (-3,0 %). Por su parte, el grupo de 90 a 99 años no presentó variación (0,0 %), mientras que el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos períodos analizados (tabla 21).

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 21. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (25 a 32) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 25 a 28 2026	SE 29 a 32 2026		
Menor de un año	204	190	-6,9	
1 año	67	65	-3,0	
2 a 4 años	51	53	3,9	
5 a 9 años	22	30	36,4	
10 a 19 años	40	31	-22,5	
20 a 29 años	28	22	-21,4	
30 a 39 años	25	37	48,0	
40 a 49 años	28	14	-50,0	
50 a 59 años	26	27	3,8	
60 a 69 años	34	27	-20,6	
70 a 79 años	41	27	-34,1	
80 a 89 años	25	22	-12,0	
90 a 99 años	8	8	0,0	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	599	553	-7,7	

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 25 a 32 de 2026
PE: periodo epidemiológico SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia 22 fallecimientos asociados a COVID-19: ocho (8) en Bogotá, D.C.; cuatro (4) en el departamento de Arauca, de los cuales tres (3) ocurrieron en el municipio de Arauca y uno (1) en Saravena; y uno (1) en cada uno de los siguientes municipios: Peñol (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), Montenegro (Quindío), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena) y Santiago de Cali (Valle del Cauca) y Pore (Casanare).

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 32 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*

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 32 del 2026 se notificaron 2 488 casos de dengue: 1 788 casos de esta semana y 700 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 70 350 casos, 42 465 (60,4 %) sin signos de alarma, 27 183 (38,6 %) con signos de alarma y 702 (1,0 %) de dengue grave.

El 67,9 % (47 734) 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 22). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 28 a 31 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Norte de Santander, Santander, Casanare, Cesar, Magdalena y Atlántico concentran el 61,9 % (6 421 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 28 a 31 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Archipiélago de San Andrés y Providencia, Atlántico, Barranquilla, Caldas, Cauca, Guaviare, Huila, Norte de Santander, Putumayo, Sucre, Tolima y Vaupés; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en las entidades territoriales de Caquetá, La Guajira, Santa Marta y Vichada mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 22).

Tabla 22. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2026

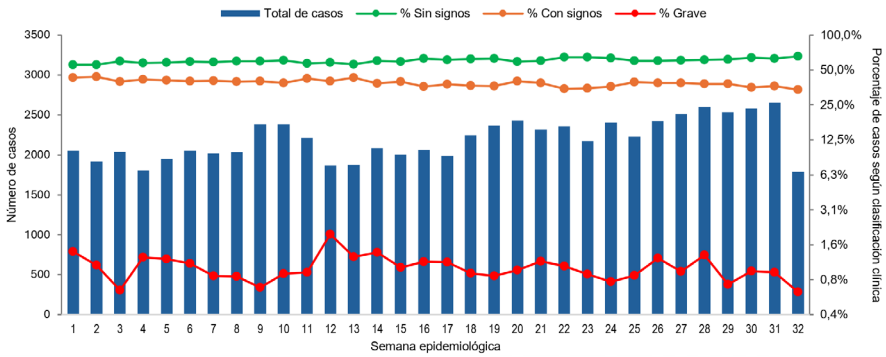
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 24 - 27 2026)	Observado (SE 28-31 2026)
Meta	11 639	30,0	0,9	1 745	1628
Bolívar	5 984	40,7	1,4	1 013	1051
Cesar	5 693	56,9	0,7	674	594
Santander	4 646	38,1	0,6	624	701
Norte de Santander	4 421	38,0	1,5	536	758
Magdalena	4 125	50,1	0,7	487	557
La Guajira	3 016	53,4	1,8	213	111
Casanare	2 971	29,7	0,6	784	686
Cartagena de Indias	2 681	19,3	1,0	214	184
Antioquia	2 558	37,3	1,0	419	388
Córdoba	2 304	42,4	0,4	297	217
Atlántico	2 278	44,2	0,7	263	446
Barranquilla	2 170	45,0	0,8	179	304
Tolima	2 106	31,1	1,4	258	380
Santa Marta	1 981	44,7	0,3	95	65
Arauca	1 928	31,8	1,0	325	362
Sucre	1 234	48,1	1,0	176	229
Valle del Cauca	1 138	35,2	0,9	193	221
Cundinamarca	1 073	37,3	0,9	164	170
Santiago de Cali	953	37,1	0,3	133	135
Huila	917	37,0	4,3	103	172
Guaviare	797	18,9	0,3	114	385
Chocó	699	22,0	1,1	116	114
Amazonas	560	14,8	0,2	61	68
Nariño	513	39,6	1,0	86	88
Caquetá	392	51,3	2,3	35	21
Putumayo	300	27,3	1,3	30	55
Quindío	258	27,1	1,6	55	56
Boyacá	211	47,4	0,9	56	50
Cauca	147	32,7	2,7	17	31
Exterior	142	44,4	2,8	28	18
Risaralda	136	42,6	1,5	23	27
Caldas	135	40,0	0,0	18	29
Buenaventura	98	34,7	1,0	17	15
Vichada	73	28,8	0,0	15	9
Vaupés	42	11,9	0,0	3	28
Archipiélago de San Andrés	24	33,3	4,2	4	12
Guainía	7	28,6	0,0	0	1
Total	**70 350**	**38,6**	**1,0**	**9 573**	**10 366**

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

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

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 40,0 % a nivel nacional (figura 12); sin embargo, las entidades territoriales que registraron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 28 a 31 de 2026) fueron: Caquetá, Cesar, Córdoba y La Guajira.

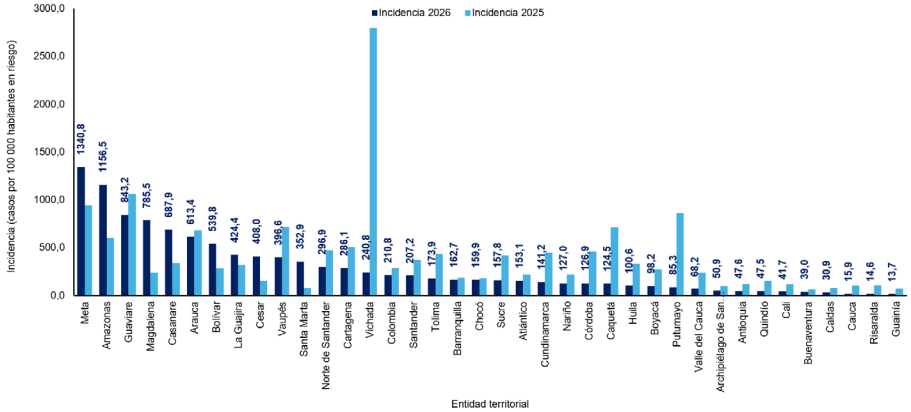
Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 32, 2026



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

A semana epidemiológica 32 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 210,8 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 288,8 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, Guaviare, Magdalena, Casanare, Arauca y Bolívar presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 32 del 2026, registrando tasas superiores a 530,0 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 428,8 casos por 100 000 habitantes.

Figura 13. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2025 y 2026



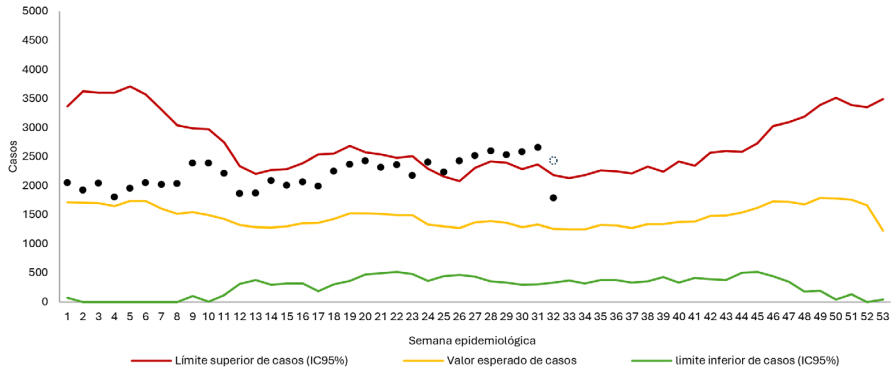
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 32 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 8,3 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 28 a 31 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026) (figura 14). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 31), se observa una reducción del 27,0 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 96 391 casos.

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 21,6 % (8) está dentro de lo esperado, el 37,8 % (14) se encuentra en situación de alerta y el 40,5 % (15) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 23).

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 14. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 32 de 2026



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

Tabla 23. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 32 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 32, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Cesar, Casanare, Meta, Guaviare, Quindío, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vaupés.
Alerta	Antioquia, Boyacá, Cundinamarca, Caldas, Cartagena de Indias, Chocó, La Guajira, Huila, Nariño, Santander, Putumayo, Risaralda, Sucre, Tolima,
Dentro de lo esperado	Buenaventura, Cauca, Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Guainía, Valle del Cauca, Vichada

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 32 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 20,2 % (167) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 29,8 % (17/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 24).

Tabla 24. 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 32 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		(SE 24-27 2026)	(SE 28-31 2026)
Antioquia	Medellín	14,3	373	50	61
	Envigado	14,9	36	9	8
Atlántico	Barranquilla	165,4	2 170	179	304
Bolívar	Turbaco	397,1	462	40	60
Cesar	Valledupar	365,7	2 019	231	124
	Aguachica	456,5	561	84	118
Córdoba	Cereté	207,2	228	47	41
Chocó	Quibdó	112,1	149	28	25
La Guajira	Riohacha	485,9	1 018	76	48
Santa Marta	Santa Marta	358,6	1 981	95	65
Meta	Villavicencio	1621,9	8 270	1 132	1 021
Norte de Santander	Ocaña	231,8	275	39	89
Quindío	Armenia	19,2	60	17	11
Santander	Bucaramanga	266,4	1649	217	284
Tolima	Ibagué	136,8	744	91	164
Arauca	Arauca	279,0	280	57	59
Casanare	Yopal	311,9	563	170	196

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

A semana epidemiológica 32 del 2026, se han notificado 183 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 41 casos, se han descartado 91 casos y se encuentran en estudio 51 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 83 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 25).

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

Tabla 25. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 32, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 32, 2026	Letalidad por dengue a SE 32, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	10	1	0,33	0,04
Huila	2	2	0,22	0,20
Atlántico	3	1	0,13	0,06
Magdalena	5	2	0,12	0,08
Santa Marta	2	0	0,10	0,24
Cundinamarca	1	1	0,09	0,03
Sucre	1	2	0,08	0,06
Antioquia	2	6	0,08	0,12
Bolívar	4	7	0,07	0,10
Cesar	3	2	0,05	0,05
Norte de Santander	2	1	0,05	0,04
Meta	5	8	0,04	0,12
Santander	1	1	0,02	0,08
Tolima	0	5	0,00	0,04
Valle del Cauca	0	3	0,00	0,00
Casanare	0	2	0,00	0,00
Nariño	0	2	0,00	0,00
Putumayo	0	2	0,00	0,17
Arauca	0	1	0,00	0,09
Barranquilla	0	1	0,00	0,12
Boyacá	0	1	0,00	0,00
Colombia	41	51	0,06	0,09

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %. SE: semana epidemiológica.
**No se incluyen en esta tabla los casos procedentes del exterior*
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025-2026

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultarse el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace: ***http://url.ins.gov.co/-2i6o***

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 32 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

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

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

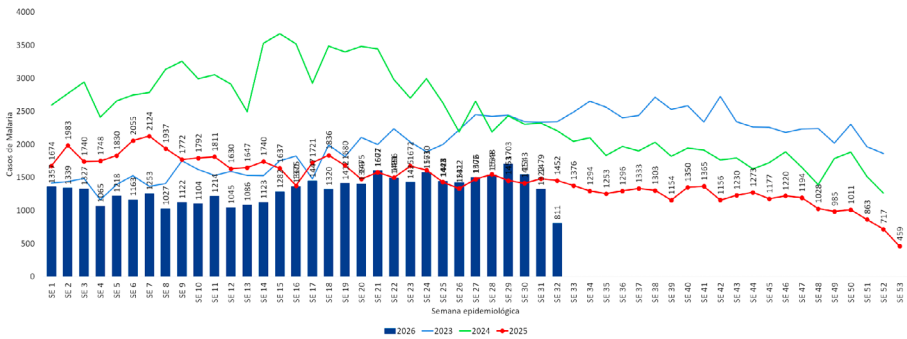
[1] Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: *https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf*

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución para la malaria, como 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 32 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 32 del 2026 se notificaron 1 754 casos de malaria, para un acumulado de 42 039 casos, de los cuales 41 552 son de malaria no complicada y 487 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 70,3 % (29 542), seguido de *Plasmodium falciparum* con 28,6 % (12 040) e infección mixta con 1,1 % (457). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,1 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (36,8 %), Antioquia (13,7 %), Córdoba (7,9 %), Nariño (5,8 %), Guainía (5,1 %), Risaralda (4,0 %), Amazonas (3,6 %), Cauca (3,5 %), Bolívar (3,2 %), Vichada (2,9 %), Meta (2,8 %), Buenaventura (2,6 %) y Vaupés (2,2 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,3 % de los casos son los que se muestran en la tabla 26.

Tabla 26. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 32 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 25 a 28 2026	Casos SE 29 a 32 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	2 828	493	534	18,99
Córdoba	Tierralta	2 192	303	207	21,63
Guainía	Inírida	1 914	134	122	48,35
Risaralda	Pueblo Rico	1 523	190	134	90,58
Chocó	Lloró	1 366	199	172	125,74
Chocó	Bagadó	1 287	235	254	106,58
Antioquia	El Bagre	1 152	130	144	20,20
Buenaventura	Buenaventura	1 064	176	132	3,27
Chocó	Istmina	1 049	134	133	30,01
Meta	Puerto Gaitán	922	146	79	19,52
Chocó	Medio San Juan	861	115	154	71,13
Vichada	Cumaribo	827	102	40	9,22
Vaupés	Mitú	771	85	76	21,06
Cauca	Timbiquí	740	139	60	25,83
Bolívar	Montecristo	730	102	103	39,22
Chocó	Alto Baudó	689	111	122	21,42
Chocó	Juradó	672	111	48	86,83
Chocó	Río Quito	664	107	66	70,37
Chocó	Carmen del Darién	628	132	153	27,60
Chocó	Tadó	597	110	140	28,76
Nariño	Olaya Herrera	586	50	77	21,91
Cauca	Guapi	580	97	64	19,26
Antioquia	Nechí	559	85	86	19,78
Amazonas	Tarapacá (CD)	541	63	38	120,38
Chocó	El Cantón del San Pablo	537	112	41	75,28
Norte de Santander	Tibú	507	73	89	8,09
Córdoba	Puerto Libertador	506	69	58	10,98
Chocó	Bajo Baudó	504	73	149	14,43
Antioquia	Cáceres	460	53	53	14,57
Amazonas	La Pedrera (CD)	415	17	48	95,31
Antioquia	Chigorodó	391	38	65	6,20
Chocó	Atrato	391	88	72	55,28
Guaviare	San José del Guaviare	390	49	31	5,86
Nariño	El Charco	389	49	23	16,54
Chocó	Medio Atrato	389	49	63	29,27

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 71,3 % de los casos.

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

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,7 %; en comparación con el período anterior, se evidenció decremento en los municipios de Tierralta, Inírida, Pueblo Rico, Quibdó, Lloró, Bagadó, Puerto Gaitán, Mitú, Montecristo, Juradó y Cumaribo y en incremento el municipio de El Bagre, Carmen del Darien y Tibú (tabla 27). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 64,2 %. En este grupo se evidenció decremento en los municipios de Buenaventura, Timbiquí, Guapi, Rio Quito, El Charco, Medio Atrato y Inírida y en incremento los municipios de Quibdó, Istmina, Medio San Juan, Bagadó, Olaya Herrera, Alto Baudo y Magüi como se muestra en la tabla 28.

Tabla 27. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 32 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 25 a 28 de 2026	Casos SE 29 a 32 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	283	193	-32%	6,6%
Guainía	Inírida	117	111	-5%	5,6%
Risaralda	Pueblo Rico	169	103	-39%	4,4%
Chocó	Quibdó	198	189	-5%	3,8%
Antioquia	El Bagre	125	140	12%	3,7%
Chocó	Lloró	120	87	-28%	3,0%
Chocó	Bagadó	156	121	-22%	2,8%
Meta	Puerto Gaitán	136	79	-42%	2,7%
Vaupés	Mitú	80	73	-9%	2,5%
Bolívar	Montecristo	106	101	-5%	2,4%
Chocó	Juradó	111	48	-57%	2,3%
Vichada	Cumaribo	87	24	-72%	2,2%
Chocó	Carmen del Darien	123	141	15%	2,0%
Antioquia	Nechí	85	83	-2%	1,9%
Norte de Santander	Tibú	73	91	25%	1,7%

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

Tabla 28. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 32 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 25 a 28 de 2026	Casos SE 29 a 32 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	300	347	16%	14,3%
Buenaventura	Buenaventura	146	88	-40%	6,1%
Cauca	Timbiquí	138	59	-57%	6,1%
Cauca	Guapi	92	62	-33%	4,5%
Chocó	Istmina	60	69	15%	4,4%
Chocó	Rio Quito	83	48	-42%	4,1%
Chocó	Lloró	80	79	-1%	3,7%
Chocó	Medio San Juan	70	88	26%	3,6%
Chocó	Bagadó	72	126	75%	3,4%
Nariño	El Charco	42	20	-52%	2,8%
Nariño	Olaya Herrera	20	44	120%	2,4%
Chocó	Alto Baudo	49	74	51%	2,3%
Chocó	Medio Atrato	56	39	-30%	2,2%
Nariño	Magüi	19	33	74%	2,1%
Guainía	Inírida	17	10	-41%	2,0%

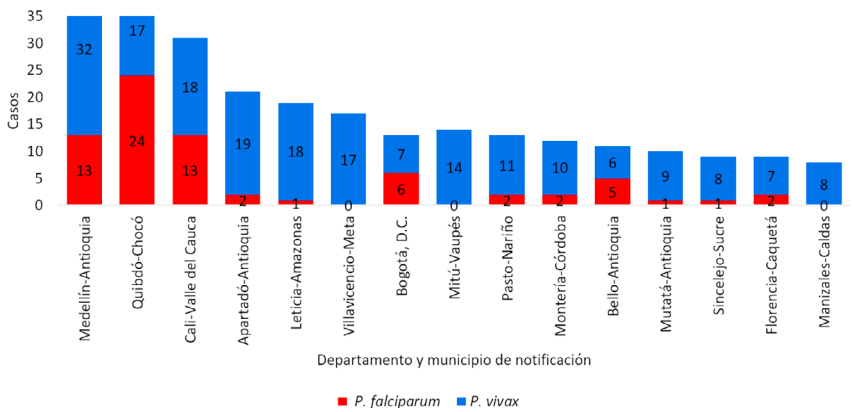
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: semana epidemiológica

Malaria complicada

A semana epidemiológica 32 de 2026 se han notificado 472 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 87,7 % de los casos; en la figura se muestran los municipios que aportan el 57,3 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 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.

Figura 16. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 32 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 32 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran siete departamentos en situación de incremento y cinco en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 42 municipios en incremento y 67 municipios en decremento (tabla 29).

Tabla 29. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 32 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 32 2025	Acumulado 2026	SE 32 2026	Esperado	Observado
Amazonas	El Encanto (CD)	4	1	1	140	0	0	5
Antioquia	Frontino	4	167	6	325	10	33	70
Antioquia	Cáceres	4	490	26	463	7	37	53
Antioquia	Nechí	5	767	12	565	15	44	87
Antioquia	Chigorodó	5	628	12	399	15	62	69
Antioquia	Tarazá	4	394	5	160	5	23	32
Antioquia	Caucasia	4	289	7	170	7	13	24
Bolívar	San Jacinto del Cauca	4	14	0	6	0	0	2
Bolívar	Río Viejo	4	15	0	109	1	6	13
Bolívar	Tiquisio	4	85	2	110	3	7	12
Bolívar	Montecristo	5	706	15	740	14	59	103
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	54	0	83	5	6	24
Bolívar	Santa Rosa	4	8	0	9	0	0	3
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	14	0	61	0	1	3
Caquetá	Florencia	4	247	1	117	2	2	7
Cesar	Aguachica	4	5	0	4	0	1	3
Chocó	El Carmen de Atrato	4	156	10	248	0	6	39
Chocó	Condoto	4	149	5	225	3	21	51
Chocó	Bagadó	5	882	27	1293	28	227	256
Chocó	Medio San Juan	5	858	45	863	29	93	154
Chocó	Nóvita	5	237	13	356	32	33	113
Chocó	Belén de Bajirá	5	117	7	432	6	12	59
Chocó	Lloró	5	1350	39	1374	29	118	173
Chocó	Istmina	5	916	23	1059	22	81	133
Chocó	Unión Panamericana	5	161	2	195	9	21	36
Chocó	Juradó	4	248	14	672	1	29	48
Chocó	Quibdó	5	2332	54	2883	109	454	543
Chocó	Carmen del Darién	5	646	15	632	37	72	154
Chocó	Atrato	5	241	12	394	6	57	72
Guaviare	Calamar	4	121	1	190	10	13	34
Meta	Puerto Concordia	4	49	0	48	0	3	6
Meta	Puerto Rico	4	63	1	40	1	1	10
Meta	Puerto Gaitán	4	246	6	938	11	11	84
Meta	Villavicencio	4	41	0	35	1	1	7
Norte de Santander	Teorama	4	3	1	26	0	1	13
Norte de Santander	Convención	4	3	0	35	2	0	14
Norte de Santander	El Carmen	4	4	0	13	0	0	2
Putumayo	Puerto Asís	4	1	0	14	0	0	2
Risaralda	Pereira	4	31	3	20	0	1	3
Vichada	Puerto Carreño	4	204	4	348	3	9	16
Vichada	Santa Rosalía	4	2	0	10	0	0	2

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

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 32 del 2026, se han notificado 13 360 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 13 293 corresponden a residentes en Colombia y 67 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (33 de 2025 a 32 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 30).

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 5,4 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (28,1 %) y en los de 1 año de edad (26,9 %). Así mismo, el 66,4 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 32 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 203 municipios a nivel nacional (18,1 %) y de disminución en 87 municipios (7,7 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 22 municipios (tabla 31).

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 30. 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 32, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 32 de 2025	Casos a SE 32 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	**13 574**	**13 293**	**0,53**	**18,1**	**7,7**
La Guajira	1 049	1 013	1,53	20,0	20,0
Chocó	547	587	1,29	32,3	16,1
Vichada	138	136	1,21	0,0	25,0
Risaralda	295	353	0,84	21,4	7,1
Guaviare	47	45	0,77	0,0	0,0
Arauca	118	122	0,70	14,3	28,6
Cartagena de Indias	333	360	0,69	0,0	0,0
Magdalena	536	398	0,68	17,2	10,3
Cesar	613	643	0,66	20,0	20,0
Boyacá	332	362	0,62	14,6	3,3
Casanare	172	159	0,57	5,3	26,3
Antioquia	1 842	1708	0,56	20,8	2,4
Nariño	459	506	0,55	21,9	4,7
Vaupés	22	17	0,55	0,0	16,7
Bogotá, D.C	1 760	1640	0,54	0,0	0,0
Bolívar	400	380	0,53	20,0	8,9
Norte Santander	438	371	0,53	7,5	7,5
Cundinamarca	753	783	0,51	13,8	5,2
Putumayo	127	126	0,50	15,4	15,4
Meta	256	302	0,49	31,0	13,8
Amazonas	47	31	0,48	9,1	9,1
Sucre	251	268	0,46	46,2	3,8
Valle del Cauca	422	399	0,44	35,0	5,0
Santiago de Cali	363	334	0,43	0,0	0,0
Buenaventura	115	86	0,41	0,0	0,0
Huila	292	262	0,40	8,1	8,1
Guainía	29	18	0,39	0,0	11,1
Tolima	205	223	0,38	17,0	6,4
Santa Marta	115	105	0,38	0,0	0,0
Córdoba	317	400	0,34	20,0	10,0
Caquetá	97	93	0,33	0,0	25,0
Caldas	120	121	0,32	14,8	0,0
Barranquilla	192	127	0,30	0,0	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	11	0,30	100,0	0,0
Quindío	51	63	0,29	8,3	8,3
Santander	323	298	0,29	12,6	3,4
Atlántico	215	220	0,29	18,2	31,8
Cauca	180	223	0,29	28,6	7,1

*SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 33 de 2025 a SE 32 de 2026.*

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

Tabla 31. 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 32 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	226	133
Risaralda	Dosquebradas	31	95
Cundinamarca	Fusagasugá	45	79
Sucre	Sincelejo	37	74
Tolima	Ibagué	42	69
Nariño	Pasto	52	59
Valle del Cauca	Tuluá	25	40
Antioquia	Rionegro	26	38
Cesar	Aguachica	20	36
Cauca	Popayán	21	35
Huila	Pitalito	23	33
Quindío	Armenia	36	29
Valle del Cauca	Cartago	17	28
Antioquia	Apartadó	45	26
Santander	Girón	36	23
Santander	Piedecuesta	31	22
Antioquia	Envigado	13	20
Cauca	Santander de Quilichao	15	20
Atlántico	Sabanalarga	28	17
Atlántico	Malambo	24	12
Cundinamarca	Girardot	35	10
Norte de Santander	Villa del Rosario	35	10

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 a 2026 (Información preliminar).

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

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

Tos ferina

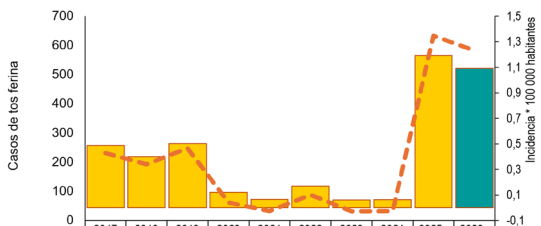
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 31 de 2026

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 31 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 3 573 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,7 % (596) correspondió a casos confirmados (de los 596 casos confirmados, 582 correspondieron a casos con procedencia nacional y fueron utilizados para el cálculo de incidencia); el 76,4 % (2 728) correspondió a casos descartados y el 7,0 % (249) permanece en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 31 fue de 1,1 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 633 casos confirmados para el mismo periodo (figura 17).

Figura 17. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 31, 2017 a 2026p



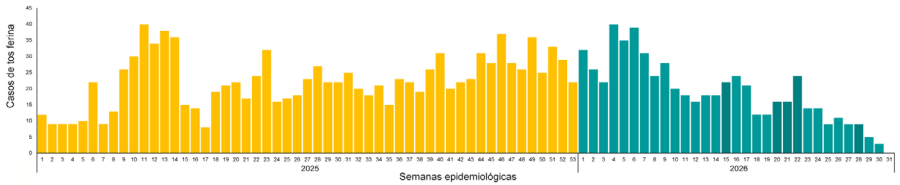
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025p	2026p
Incidencia * 100 000 hab	0,5	0,4	0,5	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,2	1,1
Casos tos ferina	231	193	248	61	33	88	32	33	633	582

Fuente: Sivigila 2017 a 2026 p

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 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 epidemiológicas se observó una reducción del 60,5 %, al pasar de 43 casos (semanas epidemiológicas 25 a 28 de 2026) a 17 casos (semanas epidemiológicas 29 a 31 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 31 de 2026p



Fuente: Sivigila 2025 y 2026 p

p: dato preliminar sujeto a validación.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 31, de 2019 a 2026

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 130 casos y una incidencia de 1,9 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, D.C. con 60 casos y una incidencia de 0,8 por cada 100 000 habitantes y Santander con 47 casos y una incidencia de 1,9 por cada 100 000 habitantes.

La tabla 32 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.

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 32. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 31, 2019 a 2026p

	Incidencias por 100 000 habitantes									
Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0,5	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,1	1,1		582
Antioquia	0,7	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	2,2	1,9		130
Bogotá, D.C.	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,8		60
Santander	0,3	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3	1,9		47
Cartagena de Indias	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	3,7		37
Boyacá	0,5	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,5	2,2		28
Cesar	0,3	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	1,8		27
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4		21
Norte de Santander	0,8	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	1,2		20
Cundinamarca	0,5	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	1,2	0,6		20
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,7	1,5		19
Chocó	0,2	0,2	1,6	0,2	0,0	0,3	2,4	3,0		18
Santiago de Cali	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	0,1	0,5	0,7		17
Cauca	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9		14
Risaralda	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	1,1		11
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,8		10
Vaupés	110,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,2		9
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	3,2		9
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,4		9
Caldas	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,9	0,8		8
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,8	0,7		8
Meta	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,9	0,6		7
Quindío	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	1,1		6
Magdalena	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	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	0,4		6
Valle del Cauca	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3		6
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	2,6		4
Amazonas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5		3
Santa Marta	0,2	0,2	0,0	1,3	0,7	0,0	0,3	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
Guaviare	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.*

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

En la semana epidemiológica 31 de 2026 se notificaron 155 casos confirmados de tos ferina en población indígena. La mayor concentración se observó en Cerrito (Santander) con 22 casos, seguido de Dabeiba (Antioquia) con 16, Paz de Ariporo (Casanare) con 13, y Cubará (Boyacá) con 10 casos, evidenciando la persistencia de transmisión en territorios con población indígena priorizada.

La tabla 33 presenta los brotes actualmente identificados, junto con su distribución municipal y las fechas de inicio de síntomas y cierre.

Tabla 33. Brotes de tos ferina, Colombia, 2026p

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		155		
Boyacá	Cubará	10	20/07/2026	31/08/2026
Amazonas	Manapiare	1	13/07/2026	24/08/2026
Cauca	Toribío	7	04/07/2026	15/08/2026
Vaupés	Pacoa	1	26/06/2026	07/08/2026
Guajira	Maicao	2	19/06/2026	31/07/2026
Boyacá	Güicán	5	16/06/2026	28/07/2026
Vaupés	Papunaua	2	16/06/2026	28/07/2026
Cesar	Agustín Codazzi	5	14/06/2026	26/07/2026
La Guajira	Uribia	1	11/06/2026	23/07/2026
Santander	Cerrito	22	10/06/2026	22/07/2026
Arauca	Saravena	1	10/06/2026	22/07/2026
Chocó	Riosucio	5	08/06/2026	20/07/2026
Cesar	Becerril	2	06/06/2026	18/07/2026
Antioquia	Murindó	4	06/06/2026	18/07/2026
Cesar	Valledupar	3	05/06/2026	17/07/2026
Vichada	Cumaribo	4	03/06/2026	15/07/2026
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	4	08/05/2026	19/06/2026
Chocó	Litoral del Bajo de San Juan	1	27/04/2026	08/06/2026

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.

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	04/06/2026
Chocó	Tadó	2	20/04/2026	01/06/2026
Santander	Concepción	6	20/04/2026	01/06/2026
Chocó	Bagadó	1	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	16	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
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

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, 2026, p: dato preliminar sujeto a validación.
FIS: *fecha de inicio de síntomas*
Celdas en gris: *brotes de tos ferina que por tiempo ya cerraron*

BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización Sismo del 10 de agosto de 2026 en Colombia y acciones de vigilancia en salud pública, corte 19 de agosto de 2026

El 10 de agosto de 2026, a las 07:34 horas, se registró un terremoto de magnitud 7,4 con epicentro en San José del Palmar, Chocó, y profundidad de 103 km, según reporte del Servicio Geológico Colombiano (SGC). Con corte al 17 de agosto, se ha registrado 332 eventos sísmicos posteriores, de los cuales 21 presentaron magnitudes superiores a 3,0 y dos superiores a 4,0. De acuerdo con el reporte situacional (SITREP) No. 033 (18 de agosto de 2026, 06:30) de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), se registran afectaciones en 472 municipios de 15 departamentos, principalmente en la región Pacífica y el Eje Cafetero.

En materia de vigilancia en salud pública, se mantienen en seguimiento cinco brotes identificados en el contexto de la emergencia: un brote de infección asociada a la atención en salud (IAAS) por varicela zóster en Santiago de Cali; un brote de enfermedad diarreica aguda (EDA), con cuatro casos en el Alojamiento Temporal de Emergencia (ATE) Coliseo Mayor de Manizales; dos brotes de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en alojamientos temporales de Risaralda, con 24 personas afectadas en La Graciela y 15 en Santa Rosa de Cabal; y un brote de parotiditis identificado en un ATE de Santiago de Cali. Los eventos permanecen bajo investigación epidemiológica y medidas de control, sin fallecimientos reportados. No se registran alertas sanitarias asociadas a enfermedades zoonóticas, transmitidas por vectores o infecciones de transmisión sexual en los municipios priorizados. En Chocó se mantiene seguimiento a seis (6) casos de accidente ofídico, todos con condición final vivo. Asimismo, persisten cierres preventivos y afectaciones de infraestructura en instituciones prestadoras de servicios de salud, incluidas áreas materno-perinatales, mientras continúan las intervenciones de salud mental, apoyo psicosocial y protección de poblaciones vulnerables.

La emergencia mantiene una alta demanda sobre los ATE. A la fecha, se han conformado 120 alojamientos, de los cuales 81 han sido caracterizados mediante la herramienta EWARS (Sistema de Alerta Temprana y Respuesta), con un total de 3 252 personas alojadas. Valle del Cauca concentra el mayor número de ATE conformados (55), mientras Buenaventura registra la mayor población alojada (731 personas), seguida de Santiago dee Cali (649), Valle del Cauca (450), Risaralda (430), Quindío (416), Chocó (323) y Caldas (253). Persisten riesgos sanitarios relacionados con el acceso al agua para consumo humano, la recolección de residuos sólidos y la presencia de vectores y animales transmisores de enfermedades. Se han identificado alojamientos sin disponibilidad de agua en Buenaventura, Santiago de Cali y Pereira, así como condiciones regulares o deficientes de recolección de residuos y presencia de moscas, zancudos, roedores, larvas, murciélagos, garrapatas y serpientes, lo que mantiene la necesidad de fortalecer las acciones de saneamiento básico y vigilancia ambiental.

Como parte de la respuesta, se mantiene activo el Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), junto con las acciones de vigilancia epidemiológica, ambiental y basada en comunidad. A la fecha, la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) acumula 211 reportes comunitarios, principalmente en Caldas, Quindío y Chocó. Los cinco Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) de Quindío, Caldas, Risaralda y Chocó realizaron su repliegue, mientras permanece un ERI en Buenaventura, donde continúa la caracterización y vigilancia sanitaria de los ATE y comunidades rurales e indígenas. Los Laboratorios Departamentales de Salud Pública de Quindío, Risaralda, Caldas y Valle del Cauca presentan afectaciones significativas de infraestructura; en Quindío se avanza en un plan de contingencia para garantizar la continuidad de la vigilancia. Por su parte, la Red Nacional de Bancos de Sangre mantiene disponibilidad de 4 409 unidades de glóbulos rojos en los departamentos afectados, sin alertas de escasez ni requerimientos adicionales.

Se mantiene el seguimiento a poblaciones de especial interés. En Buenaventura se identificaron afectaciones en comunidades indígenas, con viviendas dañadas, suspensión de actividades escolares, esquemas de vacunación incompletos y presencia de gestantes, menores de cinco años y recién nacidos que requieren seguimiento. En Risaralda, la comunidad indígena Karedúa, en La Celia, registra más de 30 viviendas gravemente afectadas y al menos 50 familias damnificadas. Asimismo, las entidades territoriales comunidad indígena Karedúa mantienen la identificación, valoración y seguimiento de gestantes alojadas en ATE, sin emergencias obstétricas activas al corte, aunque persisten casos con factores de riesgo clínico y posibles barreras de acceso a los servicios de salud.

La respuesta continúa orientada al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y ambiental, el seguimiento de enfermedades transmitidas por vectores, EDA, ETA, IRA y otros eventos sensibles ante emergencias; la vigilancia de la calidad y disponibilidad del agua; el control integrado de vectores; la continuidad operativa de los servicios de salud y laboratorios; y la vigilancia mediante EWARS y las

redes de VBC. Debido a la magnitud y extensión de las afectaciones, se mantiene activa la respuesta nacional y el seguimiento permanente de la situación desde el COE-SP y la Sala de Análisis del Riesgo (SAR) en Salud Pública.

Fuente: Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), Reporte Situacional No. 033, 18 de agosto de 2026; Reportes de Situación (SITREP) de las entidades territoriales afectadas; Instituto Nacional de Salud. Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), Sala de Análisis del Riesgo en Salud Pública, Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) y EWARS, corte 19 de agosto de 2026.

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 17 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 procedentes del exterior[1], con 46 fallecimientos (letalidad 36,8 %)[2].

Para el 2026, a corte del 17 de agosto (datos preliminares), se han notificado 1 113 casos probables, 58 confirmados por laboratorio, con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero hasta el 08 de agosto de 2026, el 95,0 % procedente del Tolima, el 3,44 % procedente de Cundinamarca y el 1,72 % del Meta. Se han notificado 28 mortalidades, 27 confirmadas, una (1) excluida de la letalidad porque la causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad de 46,5 % (27/58)[3]

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 206 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 86 casos de mortalidades, seis (6) casos excluidos del cálculo de la letalidad, para una letalidad acumulada del 41,7 % (86/206).

Para 2026p, los casos confirmados de fiebre amarilla se presentaron en el 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 el Meta un (1) caso de procedencia Villavicencio y dos (2) casos en Cundinamarca en el municipio de Paratebueno.

[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.

Durante el periodo comprendido entre el 11 de agosto y el 17 de agosto de 2026, se confirmó un caso de fiebre amarilla en humanos con procedencia del municipio de Paratebueno (Cundinamarca).

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 (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS), 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 – INS. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana.

Actualización de situación de sarampión a nivel nacional, 18 de agosto de 2026

Con corte al 18 de agosto de 2026, se han notificado 1 724 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 534 han sido descartados, 176 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (83), Antioquia (55), Atlántico, Cesar, Huila, Nariño y Tolima (3), Barranquilla, Boyacá, Caldas, Córdoba, Meta, Norte de Santander y Valle del Cauca (2), Santiago de Cali, Caquetá, Casanare, Cauca, Quindío, Risaralda, Santa Marta, Santander y Sucre 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, y se han cerrado ocho brotes. En cuanto a la caracterización genética, seis 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, 18 de agosto de 2026.

Actualización de la alerta naranja del volcán Puracé y acciones de vigilancia en salud pública, Cauca, 15 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, perteneciente a la cadena volcánica Los Coconucos (CVLC), departamento del Cauca. Tras la

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.

declaratoria de alerta naranja emitida el 01 de agosto de 2026, correspondiente a un estado de alistamiento institucional y preparación intersectorial, el boletín del 14 de agosto informó que persiste la actividad volcánica, con predominio de señales sísmicas asociadas al movimiento de fluidos y deformación lenta del suelo. Se registraron seis emisiones de ceniza, con reportes de caída en varias veredas del municipio de Puracé. Los niveles de dióxido de azufre (SO_2) permanecen por encima del promedio, con una emisión estimada de 1 760 toneladas/día, y continúa el aumento de dióxido de carbono (CO_2) en el suelo. Debido a la alteración de los parámetros monitoreados, se mantiene la alerta naranja.

Como parte de las acciones de preparación y respuesta, se mantienen habilitados cuatro Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE) en Puracé, con capacidad conjunta para 870 personas y sin ocupación hasta la fecha; dos ATE adicionales, ubicados en Coconuco y Paletará, continúan pendientes de concepto sanitario y habilitación. Se mantiene como línea base la identificación de 792 personas pertenecientes a 330 familias ubicadas en zona de amenaza alta del corregimiento de Puracé, mientras continúa pendiente la información oficial de la población susceptible de evacuación en Coconuco. En relación con la calidad del agua para consumo humano, se identificaron puntos con riesgo alto en Loma Linda, Cristales-La Planada, Alto Anambío, La Estrella, Cobaló y Pisanrabó, y puntos clasificados como inviables sanitariamente en Cristales-Pajonal, Chapío-sector Paguimbío y San Pedrillo, por lo que continúan las acciones de vigilancia y seguimiento.

Desde la Red de Vigilancia Comunitaria (REVCom) se mantiene la vigilancia intensificada ante la caída de ceniza y posibles afectaciones de fuentes hídricas, acompañada de acciones de comunicación del riesgo, entrega de agua potable y distribución de tapabocas. Asimismo, continúa activo el Sistema Comando de Incidente y el fortalecimiento de las capacidades territoriales para la respuesta en salud. Entre las acciones pendientes se encuentran la actualización y emisión del concepto sanitario de los ATE de Coconuco y Paletará, la consolidación del censo oficial de la población ubicada en zonas de riesgo del corregimiento de Coconuco y la continuidad y ampliación de los análisis fisicoquímicos y microbiológicos de agua.

En la línea base de eventos de interés en salud pública priorizados para la semana epidemiológica 31 se identificó incremento de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa y urgencias en Suárez, Miranda, López de Micay, Guapi, Rosas, Guachené y Villa Rica; de enfermedad diarreica aguda (EDA) en Piendamó-Tunía, Páez, Silvia y Padilla; y de intoxicaciones en Villa Rica. La valoración del riesgo realizada por el Grupo de Factores de Riesgo Ambiental (GFRA) mediante la herramienta SATAES (Sistema de Alerta Temprana Ambiental y Efectos en Salud) se mantiene en nivel bajo (verde), por lo que continúa el seguimiento permanente de la situación y de su evolución.

Fuente: Reporte de Situación (SITREP) del departamento del Cauca, 14 de agosto de 2026; Servicio Geológico Colombiano (SGC), boletín de actividad del volcán Puracé – cadena volcánica Los Coconucos, 14 de agosto de 2026; Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta Temprana (SAT), 15 de agosto de 2026.

Incendios de cobertura vegetal y acciones de seguimiento en salud pública, Tolima, 16 de agosto de 2026

Durante agosto de 2026 se mantienen condiciones favorables para la ocurrencia y propagación de incendios de cobertura vegetal en diferentes regiones del país, asociadas a la temporada seca. El departamento del Tolima presenta una situación crítica, con reportes de entre 36 y 39 incendios registrados en distintos momentos y afectaciones en aproximadamente 16 a 20 municipios. Entre los territorios más impactados se encuentran San Luis, Guamo, Ortega, Valle de San Juan, Coello, Rovira, Honda, Chaparral, Coyaima, Alvarado, Piedras y Venadillo. San Luis concentra algunas de las mayores afectaciones, con más de 2 000 hectáreas comprometidas, mientras que la afectación acumulada en el departamento supera las 10.000 hectáreas de cobertura vegetal, bosques, pastizales y áreas productivas. Entre 35 y 44 municipios han permanecido en alerta roja por amenaza de incendios.

Ante la magnitud de la emergencia se declaró calamidad pública departamental y se activaron los mecanismos de coordinación del Sistema Departamental de Gestión del Riesgo, incluyendo Puestos de Mando Unificado (PMU). Las labores de respuesta han incluido apoyo aéreo de la Policía Nacional y la Fuerza Aeroespacial Colombiana, en articulación con la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), acumulando al menos 169 descargas y aproximadamente 116 000 galones de agua. Asimismo, han participado cuerpos de bomberos, brigadas forestales, Unidad de Operaciones Especiales en Emergencias y Desastres (PONALSAR), Ejército Nacional, Defensa Civil, autoridades territoriales y comunidades. Se mantienen el monitoreo permanente, las alertas tempranas y las acciones de prevención.

En materia de salud pública, la exposición al humo, cenizas y material particulado generado por los incendios puede incrementar el riesgo de afectaciones respiratorias y oculares, especialmente en población vulnerable y comunidades

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.

próximas a las áreas afectadas. Por lo anterior, se mantiene especial atención a la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA), quemaduras, intoxicaciones y lesiones, así como a posibles afectaciones de la calidad del aire y de las fuentes de abastecimiento de agua. En los eventos de interés en salud pública priorizados para la semana epidemiológica 31 se identificaron comportamientos inusuales de IRA en consulta externa y urgencias en Coyaima y Valle de San Juan, y de hospitalizaciones por IRA en sala general en Guamo; no se identificaron incrementos de hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidado intensivo. La valoración del riesgo realizada por el Grupo de Factores de Riesgo Ambiental (GFRA) mediante la herramienta SATAES se mantiene en nivel bajo (moderado), por lo que continúa el seguimiento de la situación y de su evolución.

Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), Informe Técnico Diario de Condiciones Hidrometeorológicas, Alertas y Pronósticos, agosto de 2026; Gobernación del Tolima y Sistema Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres, agosto de 2026; Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), agosto de 2026; & Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta Temprana (SAT), monitoreo de medios y seguimiento a comportamientos inusuales de Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) SE 31, corte 16 de agosto de 2026.

46 Caso confirmado de rabia en animal en perro, municipio de Astrea (Cesar), 18 de agosto de 2026

El día 15 de agosto de 08 de 26 se confirma por parte del LNR-INS un caso de rabia animal en un canino procedente del municipio de Astrea (Cesar). Como antecedentes se tiene que el 06 de agosto de 2026 se informó por parte de la entidad territorial de Cesar sobre un canino con sintomatología neurológica que fue sacrificado por la comunidad al tornarse incontrolable y agresivo. El animal fue identificado inicialmente en el municipio de Pijiño del Carmen (Magdalena) en donde fue sacrificado, pero al realizar la investigación epidemiológica de campo (IEC) se estableció que procedía de una finca en jurisdicción del municipio de Astrea (Cesar). El 06 de agosto de 2026 se tomó la muestra del animal para estudio de rabia con el apoyo del personal de Pijiño del Carmen y coordinación con el departamento de Cesar para el envío al INS. Hasta el momento el antecedente vacunal del canino es desconocido. Como acciones de las entidades territoriales de Magdalena y Cesar, se determinó un área de foco de 1 km a la redonda, y un área de perifoco de 5 km a la redonda. Se realizó IEC en la finca de procedencia del canino por parte de la entidad territorial del Cesar en donde se estableció que el caso positivo agredió a uno de tres caninos de la finca. Se identificaron cinco personas expuestas habitantes de la finca, las cuales no fueron agredidas, pero tuvieron contacto con el canino en días previos, y se remitieron a valoración médica para inicio de tratamiento por exposición grave (a la fecha se encuentran en buen estado de salud). En la IEC por parte de Magdalena no se han identificado humanos expuestos, pero se reporta la agresión a otros dos caninos que tienen antecedente vacunal para virus de la rabia. Se realizó sala de análisis del riesgo (SAR) Nacional el 18 de agosto de 2026 con valoración del riesgo nivel II. Como pendientes se tienen la realización de Consejo Territorial de Zoonosis, búsqueda activa comunitaria (BAC) en humanos y animales de zona de foco y perifoco, búsqueda activa institucional (BAI) en los centros de salud de Pijiño del Carmen, monitoreo rápido de coberturas de vacunación y barrido vacunal en perros y gatos de foco y perifoco, envío del informe de situación (SITREP) conjunto entre Magdalena y Cesar con consolidado de acciones de investigación de brote.

Situación en seguimiento por el referente nacional y sujeta a cambios.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional – INS. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana. Secretaría de Salud Departamental del Cesar.

Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, Colombia, a julio de 2026

A corte de julio de 2026 se notificaron a nivel país 134 reportes de situaciones relacionadas con brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), evidenciando un incremento inusual en comparación con el comportamiento histórico para el mismo periodo. Del total de reportes, el 46,3 % ingresó por aumento inusual, el 35,8 % por aparición de primera vez y el 17,9 % por cambios de perfil de resistencia a los antimicrobianos.

La distribución territorial de los 18 brotes notificados durante el mes de julio evidenció mayor concentración en Antioquia (6), Bogotá, D.C. (3), Quindío (2), Cundinamarca (2), Santiago de Cali (2), Huila (1), Cartagena de Indias (1) y Bolívar (1). Los principales agentes causales durante este mes fueron: *Varicela-zóster* (UPGD: 3, casos: 11), *Klebsiella pneumoniae* (UPGD: 2, casos: 5) y *Serratia marcescens* (UPGD: 2, casos: 7). La distribución de los microorganismos se presenta en la tabla 34.

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

Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)							
Mes	Observado	Esperado	Microorganismos asociados	N°. brotes	N°. de casos	Proporción por n° brotes (%)	Proporción por n° de casos (%)
Julio	18	11	*Varicela zóster*	3	11	16,7	22,4
			Serratia marcescens	2	7	11,1	14,3
			Norovirus	2	6	11,1	12,2
			Klebsiella pneumoniae	2	5	11,1	10,2
			Pseudomonas aeruginosa	1	5	5,6	10,2
			Bacillus cereus	1	4	5,6	8,2
			Escherichia coli	1	3	5,6	6,1
			Rotavirus	1	2	5,6	4,1
			Salmonella spp.	1	2	5,6	4,1
			Candida auris	1	1	5,6	2,0
			Candida pelliculosa	1	1	5,6	2,0
			Klebsiella oxytoca	1	1	5,6	2,0
			Stenotrophomonas maltophilia	1	1	5,6	2,0
Total	18	11		18	49	100	100

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

Con base en el análisis epidemiológico de los brotes a corte del mes de julio 2026, se evidencia que el 60,4 % (81/134) se encuentra en estado abierto, considerando que la fecha de seguimiento hasta su cierre puede variar según el agente microbiológico asociado al brote y fecha de inicio de síntomas del último caso identificado. Se recuerda que los casos de infección extrainstitucional no cumplen con la definición operativa del evento por lo tanto se debe confirmar la relación con la atención en salud (la infección no estaba en incubación al ingreso, con aparición después de ≥48 horas de hospitalización, según el tipo de infección).

Se insta a las entidades territoriales a mantener la vigilancia activa de los brotes de IAAS: notificar sospechas dentro de las primeras 24 horas, remitir el reporte de situación (SITREP) a las 72 horas y los informes de avance correspondientes, y enviar los aislamientos microbiológicos de los casos confirmados por laboratorio, en cumplimiento del protocolo nacional de vigilancia.

ALERTAS INTERNACIONALES

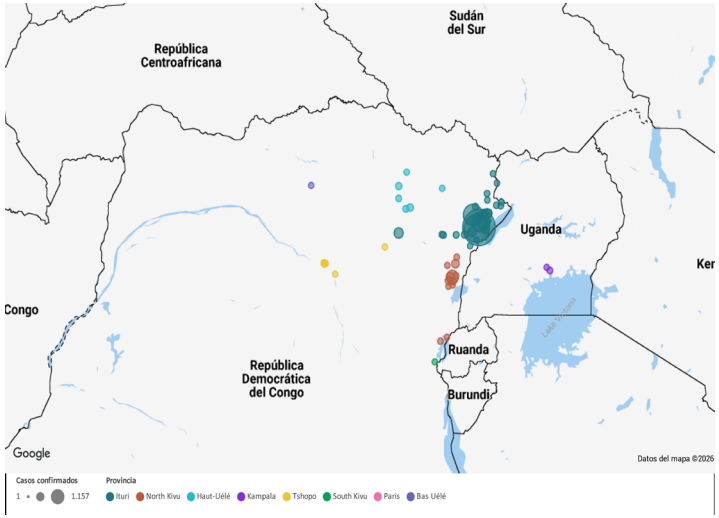
Actualización de brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo (RDC), Uganda y Francia. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 14 de agosto de 2026

Con corte a 12 de agosto de 2026 se han notificado un total de 4 686 casos confirmados de la enfermedad por el virus Bundibugyo (BVD por sus siglas en inglés): 4 665 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 2186 muertes, incluidas dos en Uganda. A fecha de 12 de agosto, al menos 986 pacientes se han recuperado, incluidos 965 en la RDC, 18 de Uganda se han recuperado, dos en Alemania y uno de Francia.

El brote de la enfermedad por el virus Bundibugyo (BVD) en la RDC se encuentra en una fase de intensa transmisión y se considera el mayor brote de ébola jamás reportado en el país. La epidemia se caracteriza cada vez más por una transmisión sostenida dentro de clústeres geográficos interconectados. Inicialmente confinado a la zona sanitaria de Mongbwalu en la provincia de Ituri, el brote se ha ampliado ahora a 54 zonas sanitarias en seis provincias (Ituri, Kivu Norte, Kivu Sur, Haut-Uélé, Tssolio y Bas-Uélé) (mapa 4).

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.

Mapa 4. Distribución de casos confirmados de la enfermedad por el virus de Bundibugyo por provincias en República Democrática del Congo y distrito de Kampala en Uganda a 12 de agosto de 2026



Elaboración propia con datos de la OPS

Francia no ha reportado ninguna transmisión secundaria tras la detección de un caso importado el 24 de junio de 2026. A fecha de 14 de agosto, habían pasado 41 días desde el alta del paciente el 04 de julio, sin que se reportaran casos confirmados adicionales. En Uganda, el caso importado más reciente fue dado de alta de un centro de tratamiento el 16 de julio, y el periodo de seguimiento reforzado de 42 días finalizará el 27 de agosto.

La crisis humanitaria en curso, agravada por la inseguridad, el desplazamiento y la movilidad de la población, y los movimientos transfronterizos, sigue planteando desafíos significativos para los esfuerzos de respuesta y aumentando el riesgo de una mayor propagación geográfica. Las autoridades nacionales de la RDC continúan implementando amplias medidas de respuesta en colaboración con la OMS y sus socios.

El riesgo para la RDC sigue siendo muy alto, para Uganda y los países que comparten fronteras terrestres con la RDC es alto y el riesgo 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: 14 de agosto de 2026. Fecha de consulta: 18 de agosto de 2026. Disponible en: ***https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON615***

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

TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 32 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 32

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Defectos Congénitos			Hepatitis A		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos 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 probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	32	0	0	352	34	43	560	21	68	83	6	10	1	0	0	17	2	3	1	0	0
Antioquia	369	10	11	13719	1387	1625	2558	301	388	954	125	132	25	4	6	1341	170	151	196	67	6
Arauca	81	2	2	684	57	79	1928	134	362	614	35	111	19	1	3	40	6	5	1	1	0
Atlántico	57	4	1	2833	285	351	2278	175	446	1006	101	175	17	6	0	38	5	4	3	2	1
Barranquilla D.E.	6	0	0	3184	274	395	2170	127	304	977	65	143	18	3	3	65	8	6	4	1	0
Bogotá D.C.	1	0	0	15680	1783	1993	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2776	347	360	58	17	15
Bolívar	172	6	4	1914	205	189	5984	302	1051	2433	150	444	84	7	13	264	32	34	3	1	0
Boyacá	54	2	1	4662	502	566	211	26	50	100	11	26	2	0	0	468	58	52	4	1	0
Buenaventura D.E.	14	0	0	92	11	5	98	28	15	34	12	5	1	0	0	23	3	1	0	0	0
Caldas	47	0	1	2804	291	366	135	21	29	54	11	11	0	0	0	85	10	11	4	1	1
Santiago de Cali D.E.	8	0	0	3613	407	452	953	529	135	354	212	45	3	5	1	397	50	38	3	21	0
Caquetá	113	5	4	790	91	101	392	56	21	201	30	13	9	1	0	60	8	5	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	17	0	0	1711	139	226	2681	187	184	517	81	35	28	6	4	352	45	41	1	0	0
Casanare	98	4	3	1461	131	182	2971	133	686	882	53	199	18	2	4	58	7	5	1	3	0
Cauca	78	1	0	4114	449	419	147	56	31	48	21	8	4	1	2	629	78	70	3	5	1
Cesar	162	5	3	2041	201	229	5693	244	594	3238	157	332	42	6	9	54	7	8	1	1	0
Chocó	143	6	4	231	20	34	699	98	114	154	19	26	8	1	1	55	7	5	0	0	0
Córdoba	224	8	4	3582	387	428	2304	348	217	978	173	114	10	4	0	186	23	14	1	1	0
Cundinamarca	63	0	0	10506	1070	1320	1073	136	170	400	66	74	10	1	4	729	92	88	9	4	1
Guainía	6	0	1	171	13	19	7	4	1	2	1	0	0	0	0	19	3	2	1	0	0
Guaviare	54	1	1	254	63	41	797	28	385	151	7	64	2	0	1	23	3	2	0	0	0
Huila	91	3	2	4650	377	522	917	183	172	339	75	49	39	7	4	271	34	33	7	1	0
La Guajira	87	4	2	1626	239	192	3016	109	111	1611	75	61	53	2	1	63	8	7	2	1	0
Magdalena	103	7	3	1648	180	169	4125	114	557	2067	78	268	30	2	1	35	5	3	1	3	0
Meta	183	2	4	3034	313	352	11639	416	1628	3487	146	479	106	4	18	135	19	10	8	11	0
Nariño	81	2	3	5198	534	622	513	63	88	203	21	28	5	1	0	158	19	22	2	1	0
Norte de Santander	226	8	3	4954	468	599	4421	310	758	1682	151	260	66	5	4	227	28	21	19	17	1
Putumayo	90	2	1	1311	130	165	300	63	55	82	18	16	4	0	0	138	19	12	0	0	0
Quindío	10	1	0	2295	231	272	258	24	56	70	9	26	4	0	0	56	7	7	0	1	0
Risaralda	46	2	0	3051	321	421	136	23	27	58	9	13	2	0	1	120	15	11	11	3	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	241	27	30	24	4	12	8	2	4	1	0	1	8	1	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	25	0	0	1343	131	166	1981	46	65	886	30	24	6	1	0	22	3	6	1	0	0
Santander	133	5	3	5604	528	653	4646	447	701	1772	197	296	30	6	6	173	21	17	61	4	7
Sucre	61	2	2	1964	196	234	1234	259	229	593	159	116	12	5	2	82	9	10	2	0	1
Tolima	102	2	3	5225	516	692	2106	348	380	655	148	133	29	4	5	135	16	15	3	2	1
Valle del Cauca	54	2	4	6336	627	764	1138	317	221	401	123	74	10	2	5	278	36	18	1	1	0
Vaupés	31	1	0	153	18	18	42	3	28	5	0	0	0	0	0	34	4	3	1	0	0
Vichada	32	2	0	160	22	20	73	20	9	21	6	3	0	0	0	23	3	4	0	0	0
Total nacional	3.154	99	70	123.191	12.658	14.954	70.208	5.703	10.348	27.120	2.583	3.817	698	87	99	9.637	1.210	1.104	414	172	38

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 32

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.		
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	13	2	0	19	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	10	1	0	0	3	0
Antioquia	2463	305	314	440	68	42	14	1	1	5	1	2	72	8	9	423	62	49	188	20	28
Arauca	56	6	9	96	5	7	0	0	0	0	0	0	6	0	0	34	3	1	0	0	0
Atlántico	371	53	54	68	9	7	2	0	0	0	0	0	40	3	4	111	13	18	6	0	1
Barranquilla D.E.	402	60	58	52	8	5	2	1	0	1	0	0	44	2	6	154	18	17	8	8	1
Bogotá D.C.	2900	296	362	235	18	23	6	1	2	11	1	1	103	14	14	725	79	102	262	26	19
Bolívar	178	24	24	85	13	4	1	0	0	4	0	0	22	3	4	102	10	17	8	1	0
Boyacá	288	43	28	101	15	16	0	1	0	0	0	0	15	2	3	75	10	4	21	2	4
Buenaventura D.E.	18	2	4	15	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	16	2	1	0	0	0
Caldas	368	45	43	117	16	19	0	0	0	0	0	0	13	1	3	55	6	9	14	7	1
Santiago de Cali D.E.	752	81	93	99	14	7	3	0	1	2	0	0	33	3	1	175	18	13	11	1	1
Caquetá	51	10	2	74	9	6	0	0	0	0	0	0	5	1	0	40	4	9	2	0	1
Cartagena de Indias D.T.	249	32	21	31	5	3	0	0	0	0	0	0	14	1	2	45	6	8	3	0	0
Casanare	78	11	16	53	15	5	0	0	0	0	0	0	6	1	1	28	3	3	28	1	1
Cauca	201	25	18	197	30	21	1	1	0	1	0	0	13	1	1	64	9	6	5	1	0
Cesar	216	29	28	125	18	10	2	0	0	1	0	0	32	4	7	98	9	7	9	2	1
Chocó	29	1	3	47	3	7	2	0	0	0	0	0	7	0	0	29	3	1	0	0	0
Córdoba	372	55	35	202	31	22	7	1	2	1	0	0	52	7	6	162	20	18	13	2	1
Cundinamarca	861	101	115	211	17	24	10	3	0	2	0	0	37	4	4	180	22	19	123	12	31
Guainía	3	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
Guaviare	11	3	2	20	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	14	2	3	0	0	0
Huila	260	29	41	195	26	18	1	0	0	2	0	0	21	1	4	95	8	17	11	2	2
La Guajira	102	16	10	77	7	11	1	0	0	0	0	0	19	2	0	71	14	8	5	0	1
Magdalena	138	20	13	49	12	2	0	0	0	0	0	0	10	1	3	46	7	6	2	1	0
Meta	206	28	23	133	30	14	0	1	0	0	0	0	30	3	2	108	21	18	9	1	1
Nariño	414	58	51	214	34	25	7	1	0	3	0	0	21	2	4	124	23	15	17	0	2
Norte de Santander	384	49	45	221	28	19	0	0	0	0	0	0	31	3	6	157	17	19	16	2	1
Putumayo	67	9	13	108	20	18	0	0	0	0	0	0	15	1	0	55	6	4	3	1	0
Quindío	185	18	20	53	6	4	0	0	0	0	0	0	5	2	0	65	8	3	9	0	0
Risaralda	373	54	47	92	15	11	6	0	1	1	0	0	17	2	1	88	11	5	7	5	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	12	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	148	16	18	21	3	4	0	0	0	0	0	0	10	1	1	16	2	3	10	2	1
Santander	613	67	78	184	19	15	2	1	0	1	0	0	49	3	7	138	13	15	20	4	1
Sucre	171	25	15	64	11	10	1	0	0	0	0	0	16	2	2	84	9	8	6	1	2
Tolima	336	44	47	166	24	17	3	0	0	1	0	0	14	2	3	84	7	16	4	1	1
Valle del Cauca	513	68	65	130	29	8	17	1	1	1	1	0	29	3	2	157	22	20	26	1	1
Vaupés	7	1	1	12	1	2	1	0	0	0	0	0	2	0	0	5	0	0	0	0	0
Vichada	5	1	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Total nacional	13.814	1.691	1.716	4.015	562	412	91	13	8	37	5	3	806	82	100	3.845	467	463	846	105	103

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 32

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en salsa general		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1521	174	145	2	8	1	3747	546	364	251	13	46
Antioquia	755	89	73	59	7	2	323	16	40	5814	969	825	171	111	43	614189	79267	60919	24244	3081	2176
Arauca	5	0	1	23	4	1	3	1	3	151	7	9	6	7	2	14881	2546	2619	1744	203	390
Atlántico	85	7	10	9	2	0	2	0	2	1	0	0	4	14	1	89955	13338	9434	2207	317	141
Barranquilla D.E.	193	16	9	20	2	1	7	2	7	0	0	0	14	24	4	130736	19916	13868	7088	534	795
Bogotá D.C.	1701	178	216	2	0	0	214	8	39	0	0	0	125	142	31	965335	138459	119795	45958	6124	4473
Bolívar	55	18	5	4	1	1	1	1	1	1363	123	216	18	18	2	83764	12294	8976	2051	256	215
Boyacá	29	7	4	2	0	0	2	1	2	161	0	10	22	18	2	76690	13080	9270	4433	567	512
Buenaventura D.E.	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1076	187	167	11	5	3	6285	797	479	30	7	3
Caldas	90	11	7	19	2	0	29	14	29	8	2	0	18	6	5	51792	8116	4977	2203	301	215
Santiago de Cali D.E.	181	38	14	81	4	1	75	8	5	3	1	1	73	49	14	147120	22315	12860	4114	646	623
Caquetá	22	2	0	5	1	0	4	2	4	259	9	16	16	11	6	21247	3452	2042	1566	171	151
Cartagena de Indias D.T.	19	11	6	2	1	0	4	2	4	3	0	1	13	14	3	106775	17873	12370	7592	427	998
Casanare	32	2	7	6	1	1	0	0	0	26	2	1	8	3	2	16290	3254	2631	274	88	32
Cauca	31	6	2	12	2	0	9	2	9	1445	258	199	33	15	9	62829	10323	6235	2953	180	220
Cesar	70	11	4	25	4	2	3	2	3	13	2	3	33	15	9	67828	11479	6824	3456	680	497
Chocó	4	1	0	2	0	1	4	0	4	15454	2409	2877	14	9	0	15889	2034	1541	846	150	109
Córdoba	157	30	12	3	0	0	2	1	2	3296	888	405	18	17	9	127963	19161	13482	6907	630	674
Cundinamarca	214	23	23	5	0	0	9	3	9	0	0	0	54	33	10	216773	30689	24562	10215	1103	1199
Guainía	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2138	326	155	0	0	0	1123	237	153	67	23	10
Guaviare	71	4	6	0	0	0	0	1	0	832	85	100	2	2	2	3996	676	845	691	44	110
Huila	81	15	7	27	2	1	7	2	7	1	0	1	22	15	3	51869	11237	6874	3298	477	451
La Guajira	23	2	1	9	1	1	0	1	0	12	1	2	7	8	1	169497	16363	21241	2406	530	195
Magdalena	13	4	2	4	0	0	0	0	0	8	1	1	12	12	5	79563	8841	9081	2600	288	399
Meta	107	14	13	17	3	1	14	11	14	1179	43	143	10	9	3	54772	8306	7454	2237	300	286
Nariño	145	20	14	8	1	0	18	6	18	2437	859	289	53	34	14	72984	13189	7656	4986	450	534
Norte de Santander	80	12	6	4	0	0	25	3	25	610	126	145	62	29	19	102369	12089	8905	7079	798	561
Putumayo	18	5	0	4	0	0	4	2	4	54	5	2	6	6	1	25292	2678	3058	929	114	152
Quindío	184	13	15	3	0	0	8	3	8	2	2	0	9	6	0	32109	5753	2870	1791	249	175
Risaralda	89	11	4	10	1	0	4	1	4	1664	345	184	51	14	13	69134	9060	7051	2184	314	254
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	1	0	3858	705	451	490	91	42
Santa Marta D.T.	19	5	4	6	0	0	1	1	1	0	0	0	10	6	3	35957	5217	3322	2354	230	242
Santander	93	9	8	6	0	0	2	1	2	14	1	3	84	33	21	161207	18890	17351	10970	1268	1250
Sucre	18	3	1	1	0	0	0	0	0	33	8	4	16	8	4	62667	8822	6937	4711	692	437
Tolima	74	7	7	16	2	1	12	5	12	15	0	2	13	12	2	86957	13527	9575	6144	567	550
Valle del Cauca	429	40	38	38	6	0	10	6	10	16	6	0	28	26	3	86957	12782	8846	2425	279	221
Vaupés	2	0	0	7	1	0	0	0	0	927	210	313	7	3	3	3924	509	539	83	16	12
Vichada	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1209	98	78	2	3	0	1708	415	323	4	3	2
Total nacional	5.099	617	519	440	48	14	798	45	100	41.746	7.277	6.088	1.048	745	253	3.926.031	558.235	435.780	183.581	22.211	19.352

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 32

Decremento
Incremento

	Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Morbilidad Materna Extrema			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1863	384	237	52	43	52	10	12	10	0	0	0	0	0	0
Antioquia	2475	826	500	251119	34171	35063	2386	2095	2386	461	520	461	7	8	0	373	52	26
Arauca	38	8	10	5212	720	595	119	101	119	35	39	35	2	0	0	20	1	3
Atlántico	1489	250	219	37138	4690	5274	739	672	739	75	138	75	2	2	0	50	4	5
Barranquilla D.E.	856	286	206	48093	6386	5684	948	1018	948	123	168	123	1	2	0	114	9	15
Bogotá D.C.	5825	1770	1330	462513	54132	59670	4120	3086	4120	465	483	465	14	8	1	934	118	91
Bolívar	275	90	62	19713	2869	2068	665	611	665	130	137	130	6	2	0	28	3	2
Boyacá	255	117	73	29954	3870	4107	521	364	521	68	85	68	3	2	0	101	15	8
Buenaventura D.E.	8	2	0	2052	515	212	66	79	66	36	49	36	0	1	0	1	0	0
Caldas	835	204	183	20095	2882	2320	388	364	388	53	61	53	2	1	0	28	7	5
Santiago de Cali D.E.	400	80	67	103258	12855	13502	1212	999	1212	156	183	156	1	2	0	89	20	9
Caquetá	18	9	8	9843	1572	976	154	143	154	33	41	33	0	1	0	20	2	1
Cartagena de Indias D.T.	1149	290	320	32296	4388	3903	803	675	803	95	143	95	0	2	0	39	5	1
Casanare	97	14	23	6886	1014	818	231	210	231	28	48	28	2	1	1	33	2	1
Cauca	135	64	22	23169	5011	3153	704	617	704	124	149	124	2	2	1	39	7	4
Cesar	247	68	54	15519	3386	1650	833	534	833	137	165	137	1	3	0	56	3	4
Chocó	23	6	0	11051	958	1565	191	177	191	97	110	97	0	1	0	3	0	0
Córdoba	1130	295	260	29541	4685	3313	654	676	654	163	231	163	2	4	0	112	14	5
Cundinamarca	678	344	172	101377	11533	12290	1618	1129	1618	216	258	216	4	5	0	245	33	26
Guainía	0	0	0	1037	118	167	31	13	31	15	12	15	0	0	0	0	0	0
Guaviare	48	6	19	2807	254	442	37	19	37	4	9	4	1	0	0	5	1	1
Huila	413	140	110	24561	4075	3147	597	511	597	102	111	102	6	2	0	93	14	5
La Guajira	425	64	48	26139	4379	3096	990	815	990	165	244	165	0	2	0	22	2	5
Magdalena	19	11	6	22385	3499	2842	469	419	469	71	118	71	1	2	0	17	2	0
Meta	157	112	47	29349	3962	3079	335	240	335	87	112	87	5	2	0	44	7	7
Nariño	121	51	28	29889	5969	4275	1164	782	1164	104	126	104	7	2	0	79	11	6
Norte de Santander	598	181	123	33841	5292	3908	750	397	750	105	140	105	3	2	0	114	15	9
Putumayo	33	9	8	9138	1051	1119	344	214	344	21	38	21	1	1	0	33	3	1
Quindío	330	72	54	20272	2736	2670	130	85	130	36	37	36	0	1	0	38	5	2
Risaralda	212	76	34	25432	3765	2801	364	395	364	66	66	66	1	1	1	33	5	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	12	1	4	1536	293	242	7	12	7	2	8	2	0	0	0	4	0	0
Santa Marta D.T.	521	134	96	12786	1332	1454	383	308	383	52	56	52	1	1	0	10	1	0
Santander	1619	404	391	61506	6606	7027	680	490	680	106	140	106	3	3	0	49	8	1
Sucre	629	269	151	17040	3118	3021	380	365	380	89	114	89	2	2	0	33	6	5
Tolima	295	100	83	38486	5024	5485	590	543	590	67	93	67	4	2	0	29	9	5
Valle del Cauca	724	139	171	45000	6395	6143	639	558	639	106	128	106	3	3	0	98	13	7
Vaupés	0	1	0	1789	110	200	35	20	35	5	9	5	0	0	0	3	0	0
Vichada	1	0	1	1031	188	141	64	37	64	27	24	27	0	0	0	0	0	0
Total nacional	22.090	6.483	4.883	1.614.716	214.189	207.659	24.393	19.816	24.393	3.735	4.605	3.735	89	70	4	2.989	411	261

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 32

Decremento
Incremento

	Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19			Infecciones asociadas a dispositivos IAD			infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos IAPMQ		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados porlaboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados porlaboratorio		
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	1	1	0	6	0	0	65	5	2	1	0	0	0	0	0	2	1	0
Antioquia	12	4	0	963	64	39	1734	210	190	249	47	46	452	83	56	410	59	55
Arauca	0	1	0	30	2	4	86	13	22	34	6	20	9	1	3	15	3	0
Atlántico	1	0	0	17	1	3	505	102	44	29	9	2	33	3	4	31	4	4
Barranquilla D.E.	0	0	0	40	4	3	649	70	51	70	23	10	161	36	13	83	14	11
Bogotá D.C.	541	4	20	884	89	50	3115	417	375	1137	307	278	627	105	69	523	84	40
Bolívar	2	0	0	25	3	2	290	39	22	14	1	0	5	1	0	48	7	9
Boyacá	12	1	0	105	5	24	470	63	52	127	37	40	63	13	6	42	5	5
Buenaventura D.E.	0	1	0	3	0	0	21	1	0	1	0	1	2	1	0	5	1	0
Caldas	2	0	0	20	2	0	307	31	32	11	1	3	137	16	22	35	5	4
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	30	3	1	667	76	66	74	21	4	364	55	51	134	25	13
Caquetá	1	0	0	3	1	0	144	14	8	3	1	1	11	1	1	6	1	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	50	2	1	294	62	23	29	2	0	98	18	18	55	9	7
Casanare	0	0	0	45	0	1	150	17	14	9	4	3	12	4	0	6	1	0
Cauca	2	0	0	30	1	5	180	22	16	62	7	15	56	14	4	43	7	7
Cesar	0	0	0	65	3	2	458	31	27	17	4	2	284	50	11	60	9	7
Chocó	0	0	0	107	6	1	19	4	2	8	1	0	0	0	0	4	1	2
Córdoba	0	0	0	15	1	0	799	130	85	35	4	2	154	25	9	71	17	8
Cundinamarca	187	2	8	152	22	7	1524	168	206	198	49	46	61	17	6	114	16	14
Guainía	1	1	0	1	0	0	15	1	2	1	0	1	0	0	0	5	0	0
Guaviare	1	1	0	2	0	0	28	4	0	2	0	0	0	0	0	5	1	0
Huila	8	1	0	31	5	1	369	38	91	14	3	6	96	19	10	47	8	6
La Guajira	0	0	0	31	1	2	273	26	29	19	3	4	29	4	3	15	6	1
Magdalena	0	1	0	16	2	2	232	28	25	4	0	1	0	1	0	27	5	3
Meta	10	1	0	107	9	9	276	58	36	25	7	4	54	9	6	42	8	3
Nariño	1	1	0	59	6	5	505	59	63	21	2	4	76	11	10	56	8	5
Norte de Santander	0	0	0	95	5	1	1029	78	52	48	18	23	113	22	12	91	13	12
Putumayo	1	1	0	18	1	1	97	18	7	11	3	2	3	2	0	14	2	4
Quindío	1	1	0	19	1	0	219	22	18	30	2	6	34	7	8	52	6	4
Risaralda	1	1	0	78	2	1	324	45	26	15	2	2	24	5	2	31	6	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	1	0	3	0	0	51	2	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	12	9	0	167	10	10	7	3	1	80	12	0	20	7	2
Santander	1	0	0	162	9	5	702	67	65	76	19	13	128	32	8	78	11	4
Sucre	3	1	0	27	12	1	316	55	29	28	4	2	93	17	4	37	4	3
Tolima	7	1	0	21	3	1	431	63	48	29	4	6	73	15	4	18	8	3
Valle del Cauca	1	0	0	12	2	2	675	86	44	21	5	5	25	12	3	27	4	5
Vaupés	1	1	0	101	2	7	15	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	1
Vichada	3	1	0	26	1	2	70	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Total nacional	801	21	28	3.411	278	183	17.271	2.046	1.788	2.463	599	553	3.357	607	343	2.278	364	243

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 32

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikungunña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, BD		Hepatitis C		Intento de Suicidio	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	38	31	0	0	12	16	0	1	49	60
Antioquia	1	1	0	0	1387	1708	0	0	176	207	149	268	3354	3583
Arauca	1	0	0	0	181	122	0	0	18	69	1	3	109	143
Atlántico	0	0	0	0	258	220	0	0	35	28	18	18	597	584
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	157	127	0	0	43	30	27	40	582	599
Bogotá D.C.	1	0	0	0	2096	1640	0	0	195	302	287	390	3357	3808
Bolívar	0	2	0	0	318	380	0	0	18	28	2	4	361	327
Boyacá	2	0	0	0	322	362	0	0	14	44	9	13	659	592
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	103	86	0	0	7	5	1	4	62	63
Caldas	0	0	0	0	121	121	0	1	32	42	7	15	747	775
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	320	334	0	0	57	54	88	95	1076	1251
Caquetá	0	0	0	0	126	93	0	0	18	17	0	3	156	134
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	226	360	0	0	23	20	11	11	357	384
Casanare	6	0	0	0	216	159	0	0	23	75	2	4	187	179
Cauca	0	0	0	0	201	223	0	0	36	52	8	10	535	553
Cesar	3	0	0	0	509	643	0	0	36	57	4	9	374	377
Chocó	0	0	0	0	571	587	0	0	26	33	1	2	77	116
Córdoba	1	2	0	0	371	400	0	0	59	48	4	11	661	711
Cundinamarca	1	0	0	1	844	783	0	1	69	99	32	46	1454	1790
Guainía	0	0	0	0	36	18	0	0	1	1	0	0	17	17
Guaviare	0	0	0	0	65	45	0	0	31	36	0	1	36	44
Huila	0	0	0	0	288	262	0	0	31	57	5	9	518	522
La Guajira	0	0	0	0	1237	1013	0	0	22	25	3	1	192	219
Magdalena	0	0	0	0	411	398	0	0	20	15	2	3	240	247
Meta	1	0	0	0	282	302	0	0	21	44	6	10	445	390
Nariño	0	0	0	0	454	506	0	0	49	65	6	11	922	914
Norte de Santander	1	1	0	0	452	371	0	0	107	173	17	13	704	773
Putumayo	0	0	0	0	129	126	0	0	38	38	1	2	198	164
Quindío	0	0	0	0	67	63	0	0	15	19	27	11	321	320
Risaralda	0	0	0	0	276	353	0	0	29	53	32	47	769	766
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	6	11	0	0	1	2	0	0	17	23
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	77	105	0	0	17	14	6	9	187	209
Santander	3	0	0	0	312	298	0	0	62	100	13	17	1032	1098
Sucre	1	0	0	0	179	268	0	0	18	22	1	2	312	283
Tolima	1	0	0	0	226	223	0	0	36	32	12	22	746	713
Valle del Cauca	0	0	0	0	323	399	0	0	35	66	22	46	829	903
Vaupés	0	0	0	0	40	17	0	0	9	24	0	0	51	52
Vichada	0	0	0	0	189	136	0	0	7	10	0	1	15	22
Total nacional	24	6	0	1	13.414	13.293	1	2	1.446	2.022	804	1.152	22.308	23.708

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 32

Decremento
Incremento

	Leishmaniasis Cutanea		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	10	6	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	1
Antioquia	730	422	15	3	14	10	5	3	18	23	8	7	86	334
Arauca	13	10	0	0	1	0	0	1	2	0	1	0	3	1
Atlántico	1	2	3	0	5	0	1	0	2	3	4	0	20	23
Barranquilla D.E.	0	0	3	0	4	0	1	1	4	5	2	1	16	19
Bogotá D.C.	0	0	1	1	11	11	0	1	28	22	0	0	98	738
Bolívar	271	250	1	0	6	1	1	1	4	9	4	3	15	5
Boyacá	121	70	0	0	3	2	1	0	4	3	1	0	16	17
Buenaventura D.E.	11	17	3	0	2	1	0	2	2	2	2	1	4	3
Caldas	132	65	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	13	10
Santiago de Cali D.E.	1	0	2	0	3	1	1	0	5	1	1	1	28	34
Caquetá	173	104	4	0	2	3	0	0	5	1	2	0	5	5
Cartagena de Indias D.T.	1	0	2	1	4	4	1	0	5	5	1	0	12	29
Casanare	5	5	0	1	1	2	1	0	1	3	1	0	6	7
Cauca	35	17	1	0	6	3	3	2	8	4	0	2	20	2
Cesar	134	229	1	0	8	4	4	3	5	8	9	8	18	23
Chocó	164	131	3	0	8	6	16	10	25	26	26	18	7	11
Córdoba	129	85	1	1	6	1	1	1	8	9	5	1	25	26
Cundinamarca	129	66	2	1	7	4	0	0	8	6	0	0	44	106
Guainía	11	8	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1
Guaviare	201	101	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Huila	6	9	1	2	3	2	0	1	4	2	2	0	15	35
La Guajira	18	23	0	0	12	7	19	10	25	17	31	17	13	2
Magdalena	5	7	0	0	5	5	1	4	7	3	9	1	12	5
Meta	126	68	0	0	3	1	1	1	5	6	5	2	14	24
Nariño	155	76	1	0	7	4	1	2	7	5	2	0	21	24
Norte de Santander	149	96	2	2	5	0	1	0	3	3	3	0	21	42
Putumayo	172	34	1	0	1	0	0	2	2	0	1	1	5	7
Quindío	0	0	2	2	1	2	0	0	2	1	0	0	7	12
Risaralda	74	48	4	0	3	3	7	2	6	9	5	1	12	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Santa Marta D.T.	8	9	1	0	3	1	1	1	2	0	0	1	7	17
Santander	446	580	1	3	3	0	0	1	5	3	1	0	30	32
Sucre	69	62	0	0	2	2	0	1	4	1	2	0	13	12
Tolima	153	64	10	8	4	3	1	2	6	4	1	1	17	25
Valle del Cauca	11	5	2	0	2	1	1	2	7	2	3	1	26	50
Vaupés	28	7	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	1	0
Vichada	23	24	0	0	2	1	1	2	2	3	8	6	2	0
Total nacional	3.574	2.700	330	253	142	85	83	58	242	190	149	73	659	1.697

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 32

Decremento
Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		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 confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	2	2	12	16	0	0	37	44	1	2	12	21	403	344
Antioquia	102	84	768	929	1	1	2356	3068	77	85	1682	1583	14307	10915
Arauca	21	11	110	100	0	0	88	91	1	1	55	71	779	895
Atlántico	28	15	224	214	1	0	308	404	13	17	269	232	1586	1539
Barranquilla D.E.	28	16	250	228	1	2	539	607	14	26	470	379	1590	1886
Bogotá D.C.	74	68	546	642	0	0	827	939	23	26	2302	1894	19654	19171
Bolívar	29	15	194	188	1	4	128	139	3	2	135	102	1482	1523
Boyacá	16	6	66	59	0	1	112	137	2	1	116	109	2747	2667
Buenaventura D.E.	15	10	95	87	0	0	108	131	4	6	68	55	225	188
Caldas	12	9	87	98	0	0	208	202	3	4	190	191	1931	2123
Santiago de Cali D.E.	18	20	289	425	0	0	957	913	31	28	774	632	4737	3914
Caquetá	6	4	53	56	0	0	165	187	4	7	57	64	686	640
Cartagena de Indias D.T.	44	25	225	276	0	0	283	355	3	7	351	233	927	1200
Casanare	28	17	90	114	0	0	103	132	4	4	82	114	553	703
Cauca	13	6	116	140	0	0	191	179	2	1	167	192	2108	2110
Cesar	27	18	206	185	1	0	285	314	3	8	218	217	1262	1377
Chocó	32	23	156	138	0	0	149	161	2	0	49	68	276	330
Córdoba	17	15	194	180	2	0	182	198	4	2	361	329	2162	2171
Cundinamarca	43	24	249	306	0	0	339	425	9	11	500	497	8833	9507
Guainía	5	5	12	9	0	0	15	14	0	0	4	1	130	129
Guaviare	3	2	16	11	0	0	24	36	1	0	21	23	194	281
Huila	11	11	98	119	0	1	280	299	5	5	262	217	3850	4024
La Guajira	42	27	246	200	0	0	350	504	5	7	177	254	866	943
Magdalena	21	8	149	162	1	0	117	133	1	5	102	120	887	900
Meta	33	53	159	204	0	0	423	464	14	17	189	221	1565	1667
Nariño	10	10	144	153	0	1	119	181	3	6	210	211	2831	3184
Norte de Santander	60	20	314	288	0	0	464	604	10	10	362	357	2421	2686
Putumayo	3	5	61	59	0	1	71	80	3	0	57	58	874	1088
Quindío	7	7	60	60	0	0	178	199	2	5	177	138	1658	1573
Risaralda	19	8	114	118	0	1	404	458	14	7	333	289	2301	2298
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	5	6	0	0	7	12	0	1	9	13	152	155
Santa Marta D.T.	12	9	83	129	0	0	175	211	3	1	149	130	435	393
Santander	41	18	273	295	0	0	703	898	17	13	419	383	3976	4391
Sucre	11	9	132	116	0	3	68	61	0	1	143	137	1145	1144
Tolima	14	19	101	124	0	1	366	482	10	11	235	250	2008	2161
Valle del Cauca	21	18	204	274	0	0	469	674	14	14	411	501	4538	4592
Vaupés	1	2	3	5	0	0	13	14	0	0	3	2	178	281
Vichada	5	5	24	27	0	0	21	17	0	0	10	17	159	161
Total nacional	884	624	6.129	6.740	7	16	11.635	13.967	307	341	11.131	10.305	96.419	95.254

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 32

09 al 15 de agosto de 2026

TEMA CENTRAL
Avances de la vigilancia basada en comunidad, 2023-2026

Directora General INS
Dra. Zulma Milena Cucunubá Pérez

Expertos temáticos
Dr. Hernán Quijada Bonilla
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo
Subdirectora de Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes
Subdirectora de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

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

Consulte el historial de publicaciones del BES

Conozca más en www.ins.gov.co

BES
Boletín Epidemiológico Semanal

Boletín Epidemiológico Semanal

Autores: tema central: Fabián Nicolás Moreno Anzola, Diana Alexandra Moreno Santamaría, Javier Alberto Madero Reales, Diego Felipe López Ávila, Luz Dary Quintero Torres. **Situación nacional:** Sandra Milena Rivera Vargas, Dora Mariela Callejas Ortega, Viviana Carolina Moreno Vargas 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,** Andrea Rico Hernández, Claudia Marcela Montaño Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Jinna Maritza Izquierdo Puerto, Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Helen Del Carmen Peña Fontalvo, Andrés Felipe Martínez Vega. **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.

58 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: *https://doi.org/10.33610/23576189.2026.32*