



Vigilancia Integrada de la rabia

La rabia tiene una letalidad cercana al 100,0 %, pero es completamente prevenible; la vigilancia y las medidas de prevención son claves para evitar casos.

Semana
epidemiológica

20 al 26 de septiembre de 2026

38

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

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

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

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



Pág.



Tema central

Vigilancia Integrada de la rabia

3



Situación nacional

12



Mortalidad

14



Eventos trazadores

22



Brotes y alertas

41



Tablas de mando por departamento

46

TEMA CENTRAL

Vigilancia Integrada de la rabia

Andrés Felipe Martínez Vega, amartinezv@ins.gov.co
José Leonardo Gómez Gómez, jgomezg@ins.gov.co

La rabia es una zoonosis viral que afecta a los mamíferos, incluido el ser humano. Es un problema prioritario de salud pública debido a su letalidad cercana al 100,0 %, la más alta entre los eventos transmisibles (1,2). Sin embargo, es completamente prevenible si se administra de forma oportuna la terapia biológica preventiva, lo cual exige categorizar correctamente la exposición durante la atención clínica y formular el tratamiento de acuerdo con dicha clasificación. El agente etiológico es el virus de la rabia, un virus de ARN monocatenario de polaridad negativa del género *Lyssavirus* (familia *Rhabdoviridae*, orden *Mononegavirales*). Por su neurotropismo, produce una encefalomielitis que, si no se instaura profilaxis tras la exposición, es invariablemente mortal una vez aparecen los síntomas. Otras especies del género, identificadas principalmente en murciélagos, pueden causar cuadros similares (3).

A nivel mundial, la rabia se ha documentado en más de 150 países y territorios, con cerca de 60 000 casos anuales, concentrados en África y Asia; el 40,0 % ocurre en menores de 15 años. En el 99,0 % de los casos humanos la transmisión se debe a la agresión o el contacto con un animal infectado (4). En las Américas, la rabia humana transmitida por perros se redujo cerca de un 98,0 % desde 1983. En paralelo, ha ganado relevancia la rabia de origen silvestre, cuyo principal transmisor es el murciélago hematófago (*Desmodus rotundus*). Entre enero de 2025 y febrero de 2026, se notificaron casos transmitidos por perro en Haití, República Dominicana Venezuela y Bolivia, y de origen silvestre en Estados Unidos, México, Brasil y Colombia (2).

En Colombia, el virus circula en todas las regiones y se reconocen dos ciclos: el urbano, asociado a perros (variante V1, linajes caninos), y el silvestre, asociado a murciélagos (variante V3). La Costa Caribe ha sido la región más crítica para la transmisión de perro a perro, de perro a zorro y, ocasionalmente, de perro a humano (5).

El virus de la rabia cuenta con diferentes variantes genéticas. Los linajes 1 y 2 (virus clásico de la rabia o variantes caninas) son los más comunes en la transmisión urbana de perro a perro o de perro a zorro, mientras que las variantes 3 (murciélago hematófago), 4 (murciélago insectívoro), 5 (murciélago hematófago) y 8 (zorrito) están relacionadas con la transmisión silvestre a animales de producción. Sin embargo, en el ciclo silvestre, el gato ha adquirido un papel importante en la transmisión a los humanos. En los últimos años, en las Américas se ha evidenciado la infección de estos animales con las variantes 3, 4 y 5, debido a su comportamiento como cazadores (6).

En los animales, el periodo de incubación de la enfermedad es muy variable y puede oscilar entre algunas semanas y varios meses. En perros se ha encontrado un promedio de 21 a 80 días entre la exposición y la aparición de la enfermedad (7-9). El cuadro clínico de los animales se caracteriza por manifestaciones neurológicas y parálisis progresiva, y se clasifica en tres fases: i) fase prodrómica, caracterizada por cambios comportamentales muy leves que se intensifican rápidamente. Dura entre uno y tres días y suele pasar desapercibida; ii) fase excitativa aguda o forma furiosa, en la que los animales muestran agresividad, irritabilidad y tienden a atacar ante cualquier estímulo, por leve que sea. En esta fase, los animales pierden el miedo hacia humanos u otros animales y, a medida que avanza la enfermedad, presentan incoordinación en la marcha; y iii) fase paralítica o terminal, en la que el animal presenta ataxia y parálisis de los músculos de la garganta y los maseteros. Esto ocasiona salivación excesiva por la incapacidad para deglutir. La fase paralítica progresa rápidamente y la muerte del animal ocurre a las pocas horas (9).

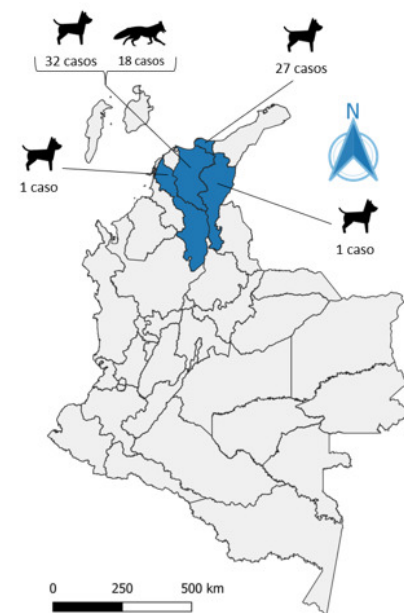
El Plan Nacional de Eliminación de la Rabia Humana transmitida por perro 2025-2031 es la estrategia oficial para consolidar la meta regional de eliminar la transmisión canina como problema de salud pública. Busca que no vuelva a presentarse ningún caso humano asociado a linajes caninos mediante vacunación masiva de perros, vigilancia epidemiológica activa y articulación intersectorial bajo el enfoque de Una Salud. Se apoya en la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional) y en la Ley 715 de 2001, que asigna competencias de vigilancia y control a las entidades territoriales, y se articula con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (10).

Desde el Instituto Nacional de Salud (INS) se realiza la vigilancia integrada de la rabia, conformada por los eventos del componente animal: casos probables y confirmados de rabia animal en perros y gatos (650), y vigilancia activa de la rabia por laboratorio (652); y los del componente humano: agresiones y contactos por animales potencialmente transmisores de rabia (300) y casos probables y confirmados de rabia humana (670).

Componente animal

En Colombia la circulación de la variante 1 o canina, correspondiente al ciclo urbano se ha concentrado en la región Atlántica, donde entre 2005 y 2025 se confirmaron 79 casos de rabia (77,2 % en perros y 22,8 % en zorros) (mapa 1).

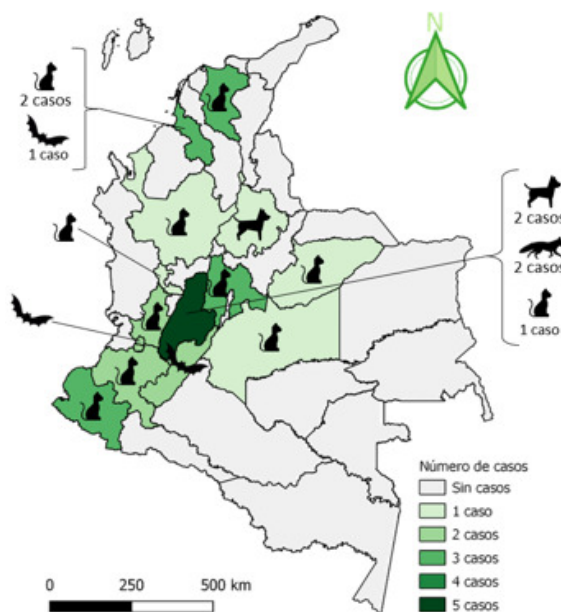
Mapa 1. Casos confirmados de rabia urbana, Colombia 2005-2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 4.0 evento: 650-652, 2005-2025

La enfermedad ha circulado en el territorio colombiano tanto en el ciclo urbano como en el silvestre, con casos confirmados en los diferentes periodos epidemiológicos y sin estacionalidad definida. A continuación, se resumen los casos de rabia silvestre entre 2004 y 2025: se confirmaron 31 casos de las variantes genéticas 3, 5 y 8, de los cuales el 64,5 % ocurrió en gatos, el 12,9 % en perros, otro 12,9 % en murciélagos y el 9,7 % en zorros; la mayor proporción de casos se registró en las regiones Andina y Pacífica (Mapa 2).

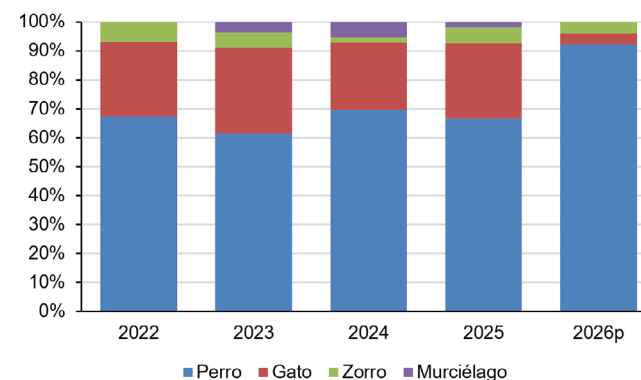
Mapa 2. Casos confirmados de rabia silvestre, Colombia, 2004-2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 4.0 evento: 650-652, 2004-2025

Con corte al periodo epidemiológico IX de 2026, se notificaron 26 casos probables de rabia animal en el Sivigila. De estos, 24 (92,3 %) correspondieron a perros y uno (3,8 %) a gatos. Entre 2022 y 2025, los perros también concentraron la mayor proporción de casos notificados, con valores superiores al 60,0 %, seguidos de los gatos, con proporciones entre el 20,0 % y el 30,0 %. Los animales silvestres, como zorros y murciélagos, representaron menos del 10,0 % de los casos notificados en cada año (figura 1).

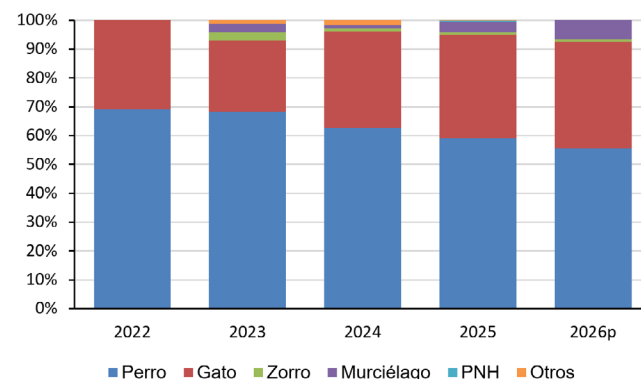
Figura 1. Notificación de casos probables de rabia animal notificados por especie, Colombia, 2022 a periodo epidemiológico IX de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 4.0 evento: 650, 2022-2026

Una situación similar se observa en las muestras remitidas para la vigilancia por laboratorio. Entre 2022 y 2026, la mayor proporción de muestras correspondió a la especie canina, con valores entre el 50,0 % y el 70,0 % del total. En segundo lugar, se ubicaron las muestras provenientes de felinos, con proporciones entre el 20,0 % y el 40,0 %. Finalmente, en menor proporción, se remitieron muestras de animales silvestres, principalmente zorros y murciélagos (figura 2).

Figura 2. Notificación de casos probables al evento de vigilancia activa de rabia por laboratorio, por especie, Colombia, 2022 a periodo epidemiológico IX de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 4.0 evento: 652, 2022-2026

Con corte al período epidemiológico IX de 2026, de los 26 casos notificados al evento 650, cinco (5) fueron confirmados para virus de la rabia por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), correspondientes a los departamentos de Magdalena y Cesar. Adicionalmente, de las 324 muestras remitidas para la vigilancia de la rabia por laboratorio, una (1) fue confirmada para la enfermedad en el distrito de Santiago de Cali. De los cinco (5) casos confirmados en los eventos 650 y 652, cuatro (4) correspondieron a perros y uno (1) a un zorro, todos identificados con la variante genética canina. Por su parte, el caso confirmado en Santiago de Cali correspondió a un murciélago con la variante genética de murciélago insectívoro.

Cabe resaltar que ninguno de los cuatro caninos confirmados para rabia presentaba antecedente de vacunación contra la enfermedad (tabla 1).

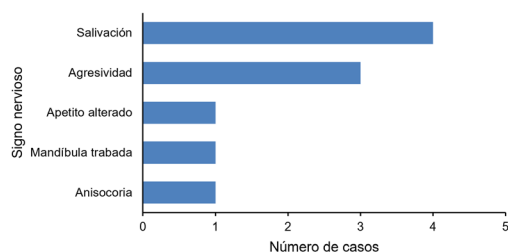
Tabla 1. Casos confirmados de rabia animal por el Laboratorio Nacional de Referencia, Colombia, a periodo epidemiológico IX de 2026

Municipio	Especie	Casos	Variante genética	Antecedente vacunal
Astrea	Perro	4	Canina	Sin vacuna
Nueva Granada	Zorro	1	Canina	No aplica
Santiago de Cali	Murciélago	1	Insectívoro	No aplica
Total casos		6		

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 4.0 evento: 650, 2026 y Laboratorio Nacional de Referencia

Según el cuadro clínico presentado por los animales confirmados, en el 80,0 % (4 de 5 casos) se reportó salivación, seguido de agresividad con el 60,0 % (3 de 5 casos) y en menor proporción se reportaron otros signos como apetito alterado, mandíbula trabada y anisocoria (figura 3).

Figura 3. Signos clínicos reportados de los casos confirmados de rabia animal (evento 650), Colombia, a periodo epidemiológico IX de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 4.0 evento: 650, 2026

Finalmente, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), en 2026 con corte a la semana epidemiológica 36, ha confirmado 23 focos de rabia silvestre, distribuidos en los departamentos de Casanare (5 focos), Antioquia (4 focos), Sucre (3 focos), Cauca (3 focos), Boyacá (2 focos), Caquetá (1 foco), Vichada (1 foco), Magdalena (1 foco), Nariño (1 foco), Norte de Santander (1 foco) y Córdoba (1 foco) (11). todos los focos fueron investigados y se implementaron las medidas de control correspondientes, sin confirmación de casos en animales domésticos ni en humanos (tabla 2).

Tabla 2. Focos de rabia silvestre confirmados por el Instituto Colombiano Agropecuario, Colombia, a semana epidemiológica 36 de 2026

Municipio	Especie	Casos
Casanare	Yopal	4
	San Luis De Palenque	1
Antioquia	Ituango	3
	Frontino	1
Cauca	Morales	2
	Caldono	1
Sucre	Palmito	2
	Coloso	1
Boyacá	Cubará	1
	Labranzagrande	1
Caquetá	Albania	1
Córdoba	Tierralta	1
Magdalena	Fundación	1
Nariño	El Tambo	1
Norte De Santander	Hacarí	1
Vichada	Cumaribo	1
Total		23

Fuente: ICA: Instituto Colombiano Agropecuario

Respecto a los indicadores para el evento, la incidencia nacional de rabia en perros fue de 0,05 casos por cada 100 000 perros; mientras que en gatos no se han confirmado casos en 2026. En cuanto a la investigación de campo de casos probables y confirmados de rabia animal, el 100,0 % fue intervenido por las entidades territoriales (tabla 3).

Tabla 3. Indicadores del evento por entidad territorial o distrital, Colombia, a periodo epidemiológico IX de 2026

Departamento	Casos confirmados en perros	Casos confirmados en gatos	Número de focos ICA	Casos notificados	Incidencia perros	Incidencia gatos	% Focos confirmados por ICA investigados	% Casos en perros y gatos investigados
Cesar	4	0	0	5	2,71	0,00	NA	100
Magdalena	0	0	1	9	0,00	0,00	100	100
Antioquia	0	0	4	4	0,00	0,00	100	100
Bogotá, D.C	0	0	0	3	0,00	0,00	NA	100
Nariño	0	0	1	2	0,00	0,00	100	100
Bolívar	0	0	0	1	0,00	0,00	NA	100
Cundinamarca	0	0	0	1	0,00	0,00	NA	100
Meta	0	0	0	1	0,00	0,00	NA	100
Boyacá	0	0	2	0	0,00	0,00	100	NA
Caquetá	0	0	1	0	0,00	0,00	100	NA
Cauca	0	0	3	0	0,00	0,00	100	NA
Córdoba	0	0	1	0	0,00	0,00	100	NA
Norte de Santander	0	0	1	0	0,00	0,00	100	NA
Sucre	0	0	3	0	0,00	0,00	100	NA
Casanare	0	0	5	0	0,00	0,00	100	NA
Vichada	0	0	1	0	0,00	0,00	100	NA
Colombia	4	0	23	26	0,05	0,00	100	100

ICA: Instituto Colombiano Agropecuario

Conclusiones

- En el país el virus de la rabia continúa presente y en circulación activa tanto en su ciclo urbano como en el silvestre, sin mostrar estacionalidad definida en los últimos cinco años, lo cual evidencia la necesidad de mantener la vigilancia constante durante todo el año.
- Los perros siguen siendo la principal especie notificada para los eventos 650 y 652, seguidos por los gatos y en menor proporción de animales silvestres (murciélagos y zorros).
- Durante lo corrido de 2026 se han confirmado seis (6) casos de rabia animal, de los cuales cuatro (4) casos se presentaron en un municipio sin histórico de casos, pero con factores de riesgo que podían favorecer la presentación.

- Todos los casos con confirmación de la variante genética Canina, proceden de zona rural dispersa a pesar de que por el tipo de variante se clasifiquen como casos de rabia urbana. La confirmación de la variante genética Canina en los casos de Astrea, muestra que la enfermedad en el ciclo urbano ya no solo está concentrada en el departamento de Magdalena como se venía presentando en los últimos años, sino que en departamentos limítrofes hay riesgo de presentación de casos.
- El 100,0 % de los casos confirmados en animales domésticos (perros) durante 2026, no presentaban antecedente vacunal para la enfermedad.
- La incidencia nacional de rabia en perros fue de 0,05 casos por cada 100 000 animales, y durante 2026 no se han confirmado casos en gatos.
- A semana epidemiológica 36 de 2026 se han confirmado 23 focos de rabia silvestre por parte del ICA, en los cuales se ha realizado la intervención de campo en su totalidad y no se han confirmado casos en animales domésticos en ninguna de las zonas intervenidas.

Recomendaciones

Ministerio de Salud y Protección Social y entidades territoriales del orden municipal y departamental

- Fortalecer campañas masivas de vacunación en caninos y felinos, priorizando zonas de circulación activa del virus y zonas con confirmación histórica de casos.
- Implementar o fortalecer las estrategias para el desarrollo de jornadas de sensibilización comunitaria promoviendo la tenencia responsable de mascotas, enfatizando en la importancia de la vacunación antirrábica como medida efectiva para prevenir la enfermedad.
- Para las entidades territoriales del orden municipal en los departamentos limítrofes con Magdalena y Cesar, fortalecer la vigilancia activa en fauna silvestre y animales domésticos que se encuentren muertos en espacio público, o que presenten una muerte sin causa aparente o clara en centros de atención veterinaria.
- Garantizar la continuidad del personal en las entidades territoriales departamentales y municipales, para que se mantenga la vigilancia activa de la rabia durante todo el año, dado que no existe estacionalidad definida y asegurar la toma y remisión de muestras desde todos los territorios.

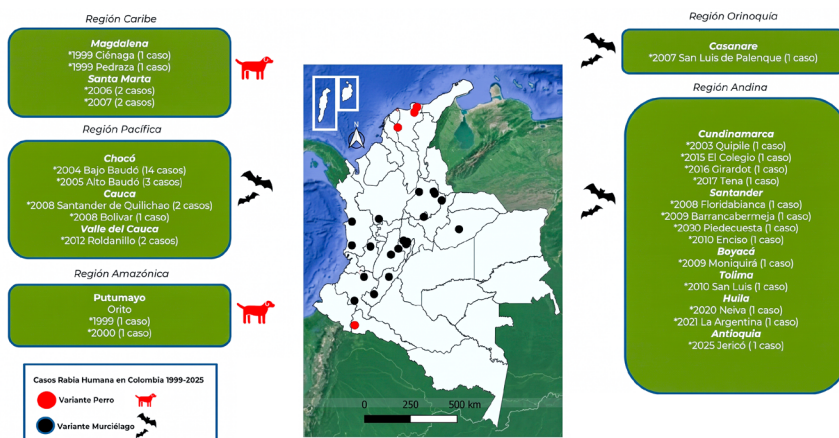
Vigilancia Basada en Comunidad

- Desde la estrategia de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad (VBC) en los departamentos y municipios, involucrar a los líderes comunitarios y asociaciones de productores en la difusión de medidas preventivas e identificación y notificación de animales tanto de producción como silvestres y domésticos, que se evidencien con signos nerviosos o muertos.

Componente humano

- Entre 1999 y 2025 se confirmaron 44 casos de rabia humana en Colombia, la mitad en la región Pacífica, principalmente en Chocó. Entre 2015 y 2025 se notificaron seis (6) casos en la región Andina (Cundinamarca, Huila y Antioquia), todos asociados a linajes de murciélago y con felinos como especie agresora. Los últimos casos vinculados al linaje canino se registraron en el distrito de Santa Marta, región Caribe: dos (2) en 2006 y dos (2) en 2007 (mapa 3).

Mapa 3. Casos confirmados de rabia humana, Colombia, 1999-2025



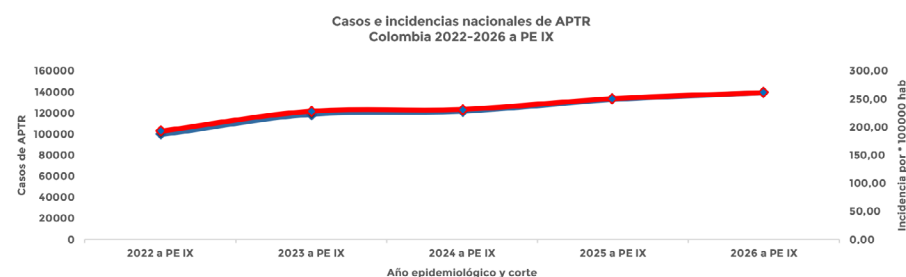
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 4.0 evento: 670

Dada la alta letalidad de la rabia, el SIVIGILA incorporó la vigilancia de agresiones y contactos con animales potencialmente transmisores de rabia (APTR) desde 2007. Su objetivo es detectar oportunamente los casos y clasificar la exposición (no exposición, leve o grave) según las características del animal agresor y de la lesión o el contacto, con el fin de orientar las acciones de zoonosis, promoción y

prevención y el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Después de la pandemia, se ha registrado un aumento en la notificación de APTR.

Con corte al período epidemiológico IX de 2026, se registraron 139 640 casos procedentes de Colombia y 187 del exterior, para una incidencia nacional de 261,50 casos por 100 000 habitantes, lo que representa un aumento del 40,18 % en el número de casos y del 35,57 % en la incidencia frente al mismo corte de 2022 (figura 4).

Figura 4. Casos e incidencias nacionales de agresiones y contactos con animales potencialmente transmisores de rabia. Colombia. 2022-2026 con corte a período epidemiológico IX

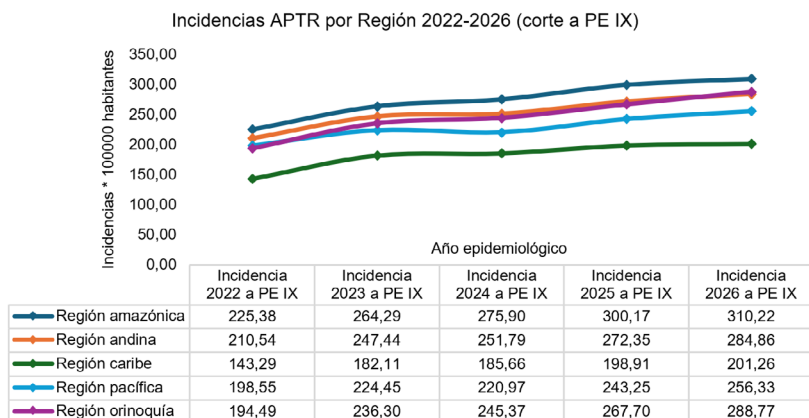


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, SIVIGILA 4.0 evento: 300, 2022-2026

* PE: período epidemiológico, APTR: agresiones y contactos con animales potencialmente transmisores de rabia

Este incremento se refleja también en el ámbito regional: Amazonía y Orinoquía, pese a ser las regiones de menor densidad poblacional, presentan las mayores incidencias en lo corrido de 2026 (figura 5).

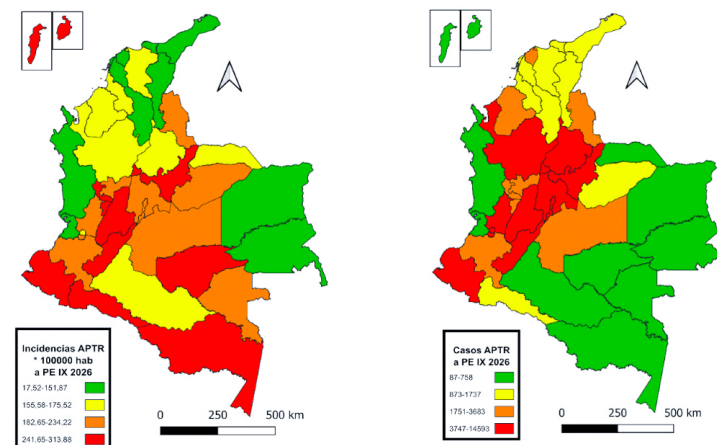
Figura 5. Incidencias regionales de agresiones y contactos con animales potencialmente transmisores de rabia con corte a período epidemiológico IX, 2022-2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 4.0 evento: 300, 2022-2026. * PE: período epidemiológico. APTR: agresiones y contactos con animales potencialmente transmisores de rabia

Las entidades con mayor número de casos (por encima del percentil 75) fueron Bogotá, D.C. (14 593), Antioquia (11 107), Cundinamarca (8 435), Valle del Cauca (4 819), Nariño (4 315), Santander (3 974), Tolima (3 910), Boyacá (3 864), Huila (3 781) y Santiago de Cali (3 747). Por incidencia (por encima del percentil 75), destacaron Quindío (313,88), Huila (309,45), Boyacá (298,18), Amazonas (286,39), Tolima (281,10), San Andrés (277,05), Risaralda (256,56), Putumayo (250,76), Nariño (250,62) y Guaviare (241,65) (mapa 4).

Mapa 4. Casos e incidenias de agresiones y contactos con animales potencialmente transmisores de rabia por entidad territorial, Colombia, periodo epidemiológico IX de 2026



Entidad Territorial	# de Casos	Incidenia * 100000 hab	Entidad Territorial	# de Casos	Incidenia * 100000 hab
Bogotá, D.C.	14 593	183,65	Bolívar	1 737	140,06
Antioquia	11 107	159,49	Sucre	1 641	156,73
Cundinamarca	8 435	234,22	Magdalena	1 540	158,75
Valle del Cauca	4 819	228,41	Cesar	1 315	88,03
Nariño	4 315	250,62	La Guajira	1 288	118,97
Santander	3 974	164,85	Cartagena de Indias	1 009	99,80
Tolima	3 910	281,10	Putumayo	992	250,76
Boyacá	3 864	298,18	Santa Marta	894	151,87
Huila	3 781	309,45	Casanare	873	182,65
Santiago de Cali	3 747	165,07	Caquetá	758	175,52
Cauca	3 683	228,29	Arauca	458	163,56
Norte de Santander	3 361	195,66	Amazonas	246	286,39
Córdoba	3 264	162,04	Guaviare	205	241,65
Risaralda	2 583	256,56	Vichada	178	115,44
Meta	2 343	200,83	San Andrés	176	277,05
Caldas	2 287	216,40	Buenaventura	139	41,47
Atlántico	2 075	128,88	Chocó	105	17,52
Barranquilla	1 985	155,58	Vaupés	95	213,53
Quindío	1 751	313,88	Guainía	87	142,47

* 187 casos procedentes del exterior

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 4.0 evento: 300, 2026 * PE: período epidemiológico. APTR: agresiones y contactos con animales potencialmente transmisores de rabia

El evento mostró una distribución similar por sexo, con predominio de los regímenes subsidiado y contributivo, concentración en estratos 1 y 2 y mayor ocurrencia en cabeceras municipales. Las poblaciones indígenas y afrocolombianas representaron menos del 2,0 % de los casos, y el evento afectó principalmente a la población en edad productiva y a niños. Los perros siguen siendo el principal animal agresor (> 80,0 %), seguidos de los gatos (> 15,0 %).

De los casos notificados, el 63,4 % se clasificó inicialmente como no exposición, 19,2 % como exposición leve y 17,4 % como exposición grave, proporciones similares a las de años anteriores. El indicador de oportunidad se mantuvo en el nivel bueno (99,1 %) en el ámbito nacional y en todas las entidades territoriales. El indicador de clasificación de la exposición leve, el más complejo de clasificar, por exigir el cumplimiento simultáneo de todos los criterios, alcanzó un valor preliminar de 83,5 %, y el de exposición grave, 95,7 %.

APTR en animales de producción y animales silvestres

Las agresiones por animales de producción y silvestres son mucho menos frecuentes que las asociadas a animales de compañía. No obstante, desde 2023 se observa un aumento con respecto al año anterior, que se ha mantenido en los años posteriores.

Se realizó un análisis de regresión logística para identificar características asociadas con las agresiones por animales de producción y fauna silvestre, frente a las de animales de compañía, durante 2023–2025, incluyendo año, área de ocurrencia, sexo, grupo de edad, etnia, afiliación al sistema de salud y estrato socioeconómico. Frente a las áreas urbanas, se observaron mayores odds ratio ajustados (ORa) en centros poblados (ORa = 2,96; IC95 %: 2,76–3,17) y áreas rurales dispersas (ORa = 3,57; IC95 %: 3,40–3,75). Las mujeres presentaron menores odds que los hombres (ORa = 0,61; IC95 %: 0,58–0,63). Por edad, los menores de 5 años (ORa = 0,48; IC95 %: 0,43–0,53), de 5–13 años (ORa = 0,45; IC95 %: 0,42–0,48) y los mayores de 60 años (ORa = 0,70; IC95 %: 0,66–0,75) tuvieron menores odds que el grupo de 27–59 años. La población indígena (ORa = 1,68; IC95 %: 1,51–1,86) y afrocolombiana (ORa = 1,37; IC95 %: 1,19–1,58) presentaron mayores odds frente a otras etnias, al igual que las personas sin afiliación al sistema de salud frente al régimen subsidiado (ORa = 1,91; IC95 %: 1,71–2,14). Estos resultados permiten caracterizar patrones diferenciados según condiciones territoriales y sociodemográficas, y aportan elementos para fortalecer la vigilancia y la prevención.

Conclusiones:

- Los últimos casos de rabia humana en Colombia corresponden a la variante murciélago; los últimos casos por variante perro se registraron en 2007.
- Después de la pandemia, los casos y la incidencias de APTR aumentaron tanto a nivel nacional (35,0–40,0%) como regional.
- Las entidades territoriales con menor densidad poblacional presentan mayores incidencias, mientras que el número absoluto de casos se concentra en los grandes centros urbanos.
- El patrón sociodemográfico se mantiene estable: predominan los casos en las zonas urbanas, estratos bajos y población en edad productiva y del régimen subsidiado.
- Los animales de compañía continúan siendo los principales agresores.
- Los indicadores de clasificación muestran un buen desempeño nacional (> 90 % en no exposición y exposición grave), aunque persisten dificultades en la exposición leve.
- Las agresiones por animales de producción y silvestres se asociaron con mayor frecuencia a hombres, zonas rurales, poblaciones especiales y estratos altos.

Recomendaciones

Ministerio de Salud y Protección Social

- Fortalecer la cobertura de vacunación canina y felina en municipios con alta incidencia, priorizando áreas con circulación viral confirmada.
- Garantizar el suministro de vacuna e inmunoglobulina antirrábica en todos los niveles de atención, en especial en zonas de difícil acceso.

Instituto Nacional de Salud

- Mejorar la calidad del dato en Sivigila mediante capacitaciones periódicas a los equipos territoriales, enfocadas en la clasificación correcta de la exposición rábica.
- Actualizar y difundir los algoritmos de clasificación del riesgo entre las entidades territoriales para orientar la toma de decisiones.
- Fortalecer la vigilancia de laboratorio, incluida la tipificación de variantes virales y su integración con la vigilancia animal.

Secretarías de Salud departamentales y municipales

- Implementar campañas educativas en comunidades vulnerables sobre la prevención de mordeduras y la importancia de la consulta inmediata después de una agresión.
- Realizar búsqueda activa de casos subnotificados y garantizar acceso oportuno a la profilaxis posexposición.
- Coordinar con autoridades locales la vacunación masiva de perros y gatos.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

- Asegurar el manejo biológico adecuado según la clasificación de la exposición, evitando la utilización insuficiente o excesiva de inmunobiológicos.
- Fortalecer la capacidad de respuesta clínica ante casos sospechosos de rabia humana, mediante protocolos estandarizados y una adecuada articulación.

Comunidad

- Desarrollar programas de sensibilización sobre la prevención de agresiones por animales y el autocuidado.
- Promover la participación comunitaria en la vigilancia integrada, incluyendo el reporte oportuno de animales agresores y la identificación de focos de riesgo.

Referencias

1. Tidman R, Fahrion AS, Thumbi SM, Wallace RM, De Balogh K, Iwar V, et al. United Against Rabies Forum: The first 2 years. *Front Public Health*. 2023;11: 1010071. doi:10.3389/fpubh.2023.1010071.
2. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Rabia [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 2026 Sep 27]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/rabia>
3. Zandi F, Goshadrou F, Meyfour A, Vaziri B. Rabies infection: An overview of Lyssavirus-host protein interactions. *Iran Biomed J*. 2021;25(4):226-242. doi:10.52547/ibj.25.4.226.
4. World Health Organization. Rabies [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 2026 Sep 27]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies>
5. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud. Manual de investigación e intervención de brotes de rabia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021 [citado 2026 May 13]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/manual-investigacion-intervencion-brotes-rabia.pdf>
6. Bustos Claro MM, Ávila Álvarez AA, Beltrán Carrascal EJ, Aguiar Martínez LG, Benigni EM, Prieto Beltrán AF, et al. Encefalitis rábica humana secundaria a mordedura por gato infectado por un virus rábico de origen silvestre. *Infectio*. julio de 2013;17(3):167-70. doi:10.1016/S0123-9392(13)70725-2
7. Organización Mundial de Sanidad Animal. www.woah.org [Internet]. 2026 [citado el 20 de mayo de 2026]. Rabia. Disponible en: <https://www.woah.org/es/enfermedad/rabia/#ui-id-1>
8. Wallace R, Shlim D. www.cdc.gov [Internet]. 2026 [citado el 27 de septiembre de 2026]. Libro Amarillo de los CDC: Información sanitaria para viajes internacionales - Rabia. Disponible en: <https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/travel-associated-infections-diseases/rabies.html>
9. Rupprecht C. Manual de veterinaria MSD [Internet]. 2025 [citado el 27 de septiembre de 2026]. Rabia en animales. Disponible en: <https://www.msdevetmanual.com/es/sistema-nervioso/rabia/rabia-en-animales>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan nacional para la eliminación de la rabia humana transmitida por perros como problema de salud pública, Colombia 2025-2031. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2026 [citado 2026 Sep 27]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nacional-eliminacion-rabia-humana-2025-2031.pdf>
11. Instituto Colombiano Agropecuario. <http://www.ica.gov.co/> [Internet]. 2026 [citado el 28 de septiembre de 2026]. Boletín Interactivo Epidemiológico Pecuario. Disponible en: <https://www.ica.gov.co/estadisticas-1/boletin-interactivo-epidemiologico-pecuario>

SITUACIÓN NACIONAL

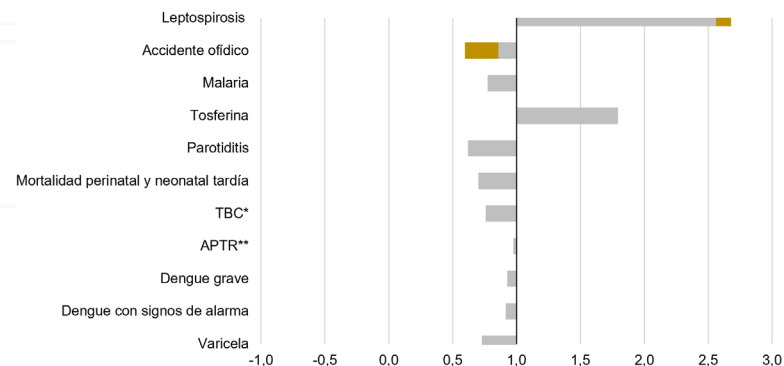
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 38 de 2026, el evento leptospirosis se encontró por encima de lo esperado y el evento accidente ofídico se encontró por debajo de lo esperado, mientras los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 6).

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 38 del 2026



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

*TBC: tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró dentro del comportamiento histórico de la notificación (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 38 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	139 368	141 851	0,73	0,46

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 38 del 2026, los eventos de leishmaniasis cutánea y lepra se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 5).

Tabla 5. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	1	87	0.00
Lepra	0	5	0.01
Zika	2	2	0.27
Mortalidad por dengue	4	3	0.16
Leishmaniasis mucosa	0	1	0.30
Chikunguña	0	1	0.55
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	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.

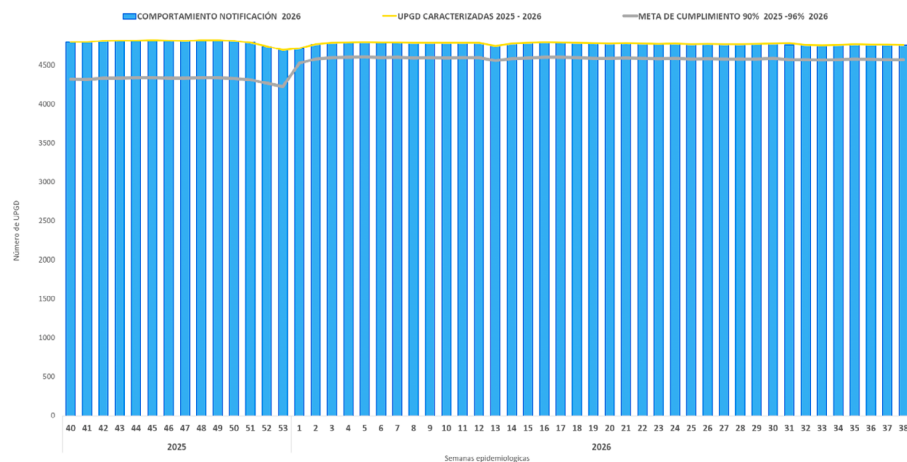
Para esta semana epidemiológica, la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 38 de 2025. Para esta semana epidemiológica, el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 123 de 1 123 UNM), manteniendo el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 38 de 2025. El país cumplió con la meta establecida para este nivel de información que es como mínimo del 98,0 %.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 100,0 % (4 757 / 4 757); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 38 de 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

A continuación, se presenta el comportamiento de la notificación por semana epidemiológica para el 2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 567 UPGD en la semana analizada (figura 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 38 de 2026



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 38 del 2026, se han notificado 483 muertes probables en menores de cinco años, ocho (8) casos de infección respiratoria aguda (IRA), cinco (5) de desnutrición aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 469 casos notificados de residentes en Colombia, 293 fueron por IRA, 99 por desnutrición (DNT) aguda y 77 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 199 fueron confirmados, 84 descartados y 186 se encuentran en estudio (tabla 6).

Tabla 6. 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 38 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 38 2026			Casos en estudio a SE 38 2026			Tasa a SE 38 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	51	111	37	39	119	28	1,40	3,05	1,02
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	5	10	1	3	14	3	1,20	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	5	1	0	2	0	1,24	6,18	1,24
Bogotá, D.C.	0	11	0	1	14	1	0,00	2,59	0,00
Bolívar	2	7	0	1	4	1	1,83	6,40	0,00
Boyacá	0	3	0	0	0	0	0,00	3,60	0,00
Buenaventura	0	0	0	2	2	3	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	1	0	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	1	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	5	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	0	1	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	2	1	2	1	1	0,00	1,64	0,82
Cesar	6	7	2	4	3	1	4,47	5,22	1,49
Chocó	13	13	8	7	18	3	20,09	20,09	12,36
Córdoba	1	8	0	0	5	1	0,59	4,73	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	4	0	0,00	0,88	0,00
Guainía	0	0	0	1	0	0	0,00	0,00	0,00
Huila	0	2	1	0	1	0	0,00	1,89	0,95
La Guajira	13	9	7	9	13	7	11,65	8,06	6,27
Magdalena	1	3	3	2	4	1	1,11	3,34	3,34
Meta	2	5	0	0	4	1	2,35	5,87	0,00
Nariño	0	4	2	0	2	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	11	0	0,00	3,39	3,39
Santa Marta	1	0	1	0	1	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	2	1	0	0	0	0,00	1,33	0,66
Sucre	0	1	1	0	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	2	0	1	2	2	0,00	1,55	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	5	0	1	3	2	1	29,43	0,00	5,89

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

Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.

Nota: las entidades territoriales que no registraron casos a SE 38 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 38 del 2026 se han notificado 293 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 63 confirmadas por laboratorio, 48 confirmadas por clínica, 63 descartadas y 119 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,05 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 37 fueron 226, para una tasa de mortalidad de 6,13 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 38 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Arauca, Bolívar, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Chocó, La Guajira, Meta, Risaralda, Santander y Sucre y, a nivel municipal, en Dabeiba, Nechí, Valledupar, Riosucio, San Andrés de Tumaco y Pereira. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 38 de 2026 son *Rhinovirus*, *Bordetella pertussis*, y enterovirus entre otros (tabla 7).

Tabla 7. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 38, 2025–2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Rhinovirus</i>	13	2	7	1	0	23	13	4	2	2	2	23
<i>Bordetella pertussis</i>	10	0	0	0	0	10	14	1	0	0	0	15
Enterovirus	12	1	4	1	0	18	6	3	1	2	2	14
<i>Adenovirus</i>	7	0	2	1	1	11	2	3	1	3	1	10
<i>Staphylococcus aureus</i>	8	1	1	0	0	10	8	1	1	0	0	10
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	2	2	1	0	11	4	2	1	1	2	10
<i>Haemophilus influenzae B</i>	8	4	0	1	0	13	4	2	0	1	1	8
Virus sincitial respiratorio	14	2	3	0	0	19	8	0	0	0	0	8
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	0	0	0	2	2	1	2	0	0	5
<i>Moraxella catarrhalis</i>	4	3	1	0	0	8	2	1	0	0	1	4
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	4
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
SARS-CoV2	5	1	0	1	0	7	2	0	0	0	0	2
Influenza A	7	0	2	1	0	10	0	0	0	0	1	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Escherichia coli</i>	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
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	106	20	23	7	1	157	70	18	9	10	11	118

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 38 de 2026 se han notificado 99 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 51 confirmadas, nueve (9) descartadas y 39 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,40 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 38 fue de 132, para una tasa de mortalidad de 3,58 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 38 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Caquetá, Chocó, Córdoba, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander y Risaralda y, a nivel municipal, en Quibdó,

Bagadó, Medio Baudó, Riohacha, Maicao y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 38 de 2026 se han notificado 77 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 35 confirmadas por clínica, dos (2) confirmadas por laboratorio, 12 descartadas y 28 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 38 fue de 59 para una tasa de mortalidad de 1,60 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 38 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, Bojayá y Uribia. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 38 de 2026 se notificaron al Sivigila siete (7) casos: cuatro (4) muertes maternas tempranas y tres (3) muertes maternas tardías. El país acumula 107 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 102 residen en territorio colombiano y cinco (5) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 8).

Tabla 8. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 38, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	183	116	61	360
2024	149	101	35	285
2025	135	110	40	285
2026p	102	84	38	224

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 28 entidades territoriales, con mayor número de casos en Antioquia, Bogotá, D.C., La Guajira, Chocó y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Norte de Santander y Santander; sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 9).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un (1) caso de muerte materna temprana en Tauramena (Casanare), Villapinzón (Cundinamarca), Melgar (Tolima) y Rioblanco (Tolima) en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 10).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 38 de 2026, el 60,8 % corresponde a causas directas y el 29,4 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,6 % (tabla 11).

Tabla 9. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 38	Acumulado de casos a SE 38	
		2025	2026
Colombia	165	135	102
Antioquia	15	13	12
Bogotá, D.C.	14	14	12
La Guajira	15	13	10
Chocó	9	6	6
Cundinamarca	8	7	6
Magdalena	6	4	5
Tolima	4	3	5
Cartagena de Indias	4	1	4
Cauca	6	1	4
Cesar	9	12	4
Nariño	8	6	4
Caquetá	2	1	3
Casanare	1	3	3
Risaralda	3	3	3
Sucre	3	1	3
Boyacá	3	2	2
Córdoba	7	4	2
Huila	3	2	2
Quindío	1	1	2
Santa Marta	3	2	2
Atlántico	6	5	1
Bolívar	6	5	1
Buenaventura	2	1	1
Santiago de Cali	4	4	1
Meta	4	1	1
Putumayo	1	0	1
Valle del Cauca	2	2	1
Vichada	2	1	1
Amazonas	0	0	0
Arauca	1	0	0
Barranquilla	4	4	0
Caldas	1	0	0
Guainía	1	2	0
Guaviare	0	0	0
Norte de Santander	6	7	0
Santander	4	4	0
Vaupés	0	0	0

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

Tabla 10. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 38 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 38	Valor observado SE 38
Colombia	165	102
Tauramena (Casanare)	0	1*
Villapinzón (Cundinamarca)	0	1*
Melgar (Tolima)	0	1*
Rioblanco (Tolima)	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 11. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 38 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 38	Número de casos y proporción a SE 38 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	142	149	100	135	100	102	100
DIRECTA	90	96	64,4	84	62,2	62	60,8
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	30	31	20,8	29	21,5	20	19,6
Hemorragia obstétrica	27	31	20,8	23	17,0	13	12,7
Evento tromboembólico como causa básica	8	7	4,7	9	6,7	8	7,8
Sepsis obstétrica	7	7	4,7	7	5,2	7	6,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	6	4	2,7	7	5,2	5	4,9
Embarazo ectópico	7	7	4,7	7	5,2	3	2,9
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0	0,0	0	0,0	2	2,0
Embolia de líquido amniótico	2	4	2,7	0	0,0	1	1,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	2,0	2	1,5	1	1,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	1	0,7	0	0,0	1	1,0
Otras causas directas	1	1	0,7	0	0,0	1	1,0
INDIRECTA	50	51	34,2	49	36,3	30	29,4
Otras causas indirectas	19	21	14,1	16	11,9	16	15,7
Otras causas indirectas: neumonía	10	5	3,4	15	11,1	7	6,9
Sepsis no obstétrica	8	7	4,7	8	5,9	3	2,9
Otras causas indirectas: cáncer	7	8	5,4	5	3,7	3	2,9
Otras causas indirectas: dengue	2	4	2,7	0	0,0	1	1,0
Otras causas indirectas: malaria	2	0	0,0	3	2,2	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	4	2,7	2	1,5	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por COVID19	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	0,7	0	0,0
En estudio	2	2	1,3	1	0,7	10	9,8

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

SE: Semana Epidemiológica.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 38 del 2026 se han notificado 4 524 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 479 corresponden a residentes en Colombia y 45 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia, Bogotá, D.C., Cundinamarca, La Guajira y Santiago de Cali. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 38 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Putumayo, Vaupés y San Andrés y Providencia (tabla 12)

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento y por seis semanas consecutivas o más, en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Tunja (Boyacá), Dosquebradas (Risaralda), Granada (Meta), Alto Baudó (Chocó), La Estrella (Antioquia), Puerto López (Meta), Guamo (Tolima), El Litoral del San Juan (Chocó), Isnos (Huila), Roberto Payán (Nariño), Peñol (Antioquia), Giraldo (Antioquia), Cicuco (Bolívar), Paipa (Boyacá), Bahía Solano (Chocó), Tolú Viejo (Sucre), La Unión (Sucre), Juradó (Chocó), Tesalia (Huila), La Tola (Nariño), Paz de Río (Boyacá), Marulanda (Caldas), Jerusalén (Cundinamarca) y Salento (Quindío) (tabla 13).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,5 %, seguido de neonatales tempranas con 27,8 %, neonatales tardías con 18,3 %, y las fetales intraparto con 11,4 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,6 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 14,6 % (tabla 14). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 38 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 12. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 38 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 38	Acumulado de casos a SE 38	
		2025	2026
Colombia	5 448	4 105	4 479
Antioquia	615	485	565
Bogotá, D.C.	578	478	552
Cundinamarca	297	269	267
La Guajira	290	193	218
Santiago de Cali	218	191	191
Córdoba	279	183	187
Cesar	195	152	163
Bolívar	162	118	153
Barranquilla	200	131	146
Cauca	179	126	143
Valle del Cauca	152	124	128
Santander	164	114	123
Norte de Santander	166	115	121
Huila	130	92	119
Nariño	147	141	119
Cartagena de Indias	172	111	117
Chocó	130	79	112
Meta	131	122	104
Sucre	133	76	103
Atlántico	169	92	97
Magdalena	136	102	90
Boyacá	101	82	86
Risaralda	75	54	78
Tolima	113	74	78
Santa Marta	68	47	65
Caldas	70	58	59
Buenaventura	58	54	41
Quindío	43	32	41
Arauca	45	24	39
Caquetá	45	33	36
Casanare	56	47	36
Vichada	28	24	30
Putumayo	45	29	26
Guainía	14	11	16
Amazonas	14	14	12
Guaviare	11	11	7
Vaupés	11	8	6
San Andrés y Providencia	10	9	5

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

Tabla 13. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 38 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 38 2021 - 2025	Valor observado a SE 38 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	5 448	4 479	-
Manauare (La Guajira)	26	39	21
Cumaribo (Vichada)	17	24	20
Tunja (Boyacá)	12	21	35
Dosquebradas (Risaralda)	15	21	29
Granada (Meta)	8	15	33
Alto Baudó (Chocó)	4	12	25
La Estrella (Antioquia)	5	10	23
Puerto López (Meta)	3	7	12
Guamo (Tolima)	2	7	14
El Litoral del San Juan (Chocó)	2	6	9
Isnos (Huila)	3	6	18
Roberto Payán (Nariño)	2	6	16
Peñol (Antioquia)	2	5	21
Giraldo (Antioquia)	1	5	14
Cicuco (Bolívar)	2	5	14
Paipa (Boyacá)	2	5	21
Bahía Solano (Chocó)	1	5	26
Tolú Viejo (Sucre)	2	5	18
La Unión (Sucre)	1	4	7
Juradó (Chocó)	0	3	7
Tesalia (Huila)	1	3	22
La Tola (Nariño)	1	3	16
Paz de Río (Boyacá)	0	2	13
Marulanda (Caldas)	0	2	23
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	15
Salento (Quindío)	0	2	26

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

Tabla 14. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 38, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 37, 2024 -2026					
	2024 a SE 38	(%)	2025 a SE 38	(%)	2026 a SE 38	(%)
Colombia	4 399	100,0	4 105	100,0	4 479	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 164	26,5	1 133	27,6	1 145	25,6
Prematuridad-inmadurez	721	16,4	711	17,3	801	17,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	661	15,0	630	15,3	654	14,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	492	11,2	433	10,5	414	9,2
Infecciones	392	8,9	365	8,9	372	8,3
Malformación congénita	404	9,2	341	8,3	346	7,7
Otras causas de muerte	289	6,6	255	6,2	277	6,2
Sin información	0	0,0	0	0,0	184	4,1
Causas no específicas	107	2,4	68	1,7	143	3,2
Trastornos cardiovasculares	126	2,9	125	3,0	95	2,1
Convulsiones y trastornos neurológicos	22	0,5	19	0,5	30	0,7
Lesión de causa externa	21	0,5	25	0,6	18	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 38 de 2026, a partir de las variables registradas en las fichas epidemiológicas de los eventos colectivos e individuales (códigos INS 995 y 345).

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

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

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

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

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2026), a nivel nacional, se observó un aumento porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en UCI/UCIM y una disminución en hospitalización en sala general frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2026), sin superar el umbral definido para variaciones relevantes ($\pm 30\%$) (tabla 15).

Tabla 15. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2026 y 35 a 38 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 31 a 34 de 2026	SE 35 a 38 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	437 721	490 728	● 12,11%	↗
Hospitalización en sala general	19 497	19 466	● -0,16%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 396	2 585	● 7,89%	↗

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2026
SE: semana epidemiológica
UCI: unidad de cuidados intensivos, UCIM: unidad de cuidados intermedios

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 38 del 2026 se notificaron 124 348 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en Atlántico, La Guajira y Santa Marta mientras que Caldas, Caquetá, Cauca, Guainía, Huila, Nariño, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Vichada presentaron disminución. Las 25 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 siete municipios (tabla 16).

Tabla 16. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios con más de 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 del 2026

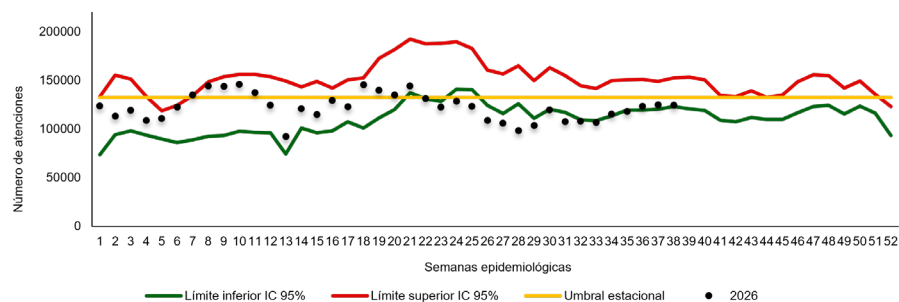
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	70 494	67 150	7 631	11 333
La Guajira	Maicao	50 303	62 349	4 524	8 300
Cundinamarca	Soacha	62 839	49 513	5 424	5 894
La Guajira	Uribia	36 803	40 604	3 211	4 909
Antioquia	Itagüí	63 868	54 108	5 555	4 862
Cundinamarca	Chía	44 319	35 089	4 395	4 277
Antioquia	Bello	46 861	48 747	4 691	4 090
Antioquia	Rionegro	27 544	35 069	2 149	2 610
Cundinamarca	Zipaquirá	17 978	16 768	1 859	2 247
Santander	Floridablanca	21 456	19 453	1 721	2 001
Magdalena	Ciénaga	17 830	14 938	1 744	1 917
Antioquia	Apartadó	13 693	15 047	1 251	1 655
Santander	Barrancabermeja	24 005	20 237	1 361	1 616
Antioquia	Envigado	19 874	19 004	1 872	1 510
Boyacá	Duitama	16 920	13 385	1 945	1 431
Córdoba	Cereté	14 500	15 314	1 202	1 314
Cundinamarca	Girardot	16 063	11 396	1 393	1 186
Valle del Cauca	Palmira	20 969	15 989	1 897	1 179
Risaralda	Dosquebradas	22 684	17 505	2 011	1 176
Boyacá	Sogamoso	16 025	12 574	1 481	1 167
Córdoba	Lorica	11 964	12 368	1 316	1 095
Bolívar	Magangué	17 511	13 740	1 563	1 058
Casanare	Yopal	11 715	9 699	1 283	1 000
Cundinamarca	Facatativá	13 722	10 032	1 564	998
Cundinamarca	Funza	12 223	11 221	835	956
Norte de Santander	Ocaña	13 485	10 206	1 031	933
Cundinamarca	Madrid	11 101	11 857	1 173	909
Huila	Pitalito	10 304	7 214	1 018	893
Antioquia	Turbo	11 578	10 659	1 070	886
Valle del Cauca	Buenaventura	5 479	7 738	784	812
Cesar	Aguachica	9 250	8 361	865	786
Valle del Cauca	Tuluá	9 997	8 824	879	717
Córdoba	Sahagún	19 100	6 958	2 089	716
Valle del Cauca	Cartago	13 241	9 257	1 077	709
Santander	Piedecuesta	8 191	7 163	511	699
Cauca	Santander de Quilichao	8 822	6 601	973	693
Atlántico	Malambo	5 722	5 415	494	650
Cundinamarca	Mosquera	5 907	4 711	403	618
Valle del Cauca	Yumbo	11 109	8 505	963	527
Santander	Girón	6 620	5 731	405	472
Norte de Santander	Villa del Rosario	4 998	4 340	400	279
Cauca	Guapi	3 741	2 736	236	244
Nariño	La Florida	580	473	32	34

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 34,3 % (125 796) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 28,5 % (104 633). 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 11,2 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 11,1 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11 con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguida de un nuevo incremento entre las semanas epidemiológicas 18 y 21, manteniéndose dentro de los límites esperados. Desde la semana epidemiológica 22 se observó una tendencia descendente en las atenciones, con valores que se mantuvieron cercanos al límite inferior hasta la semana epidemiológica 38, alternando entre semanas por debajo y por encima de dicho límite (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2026



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

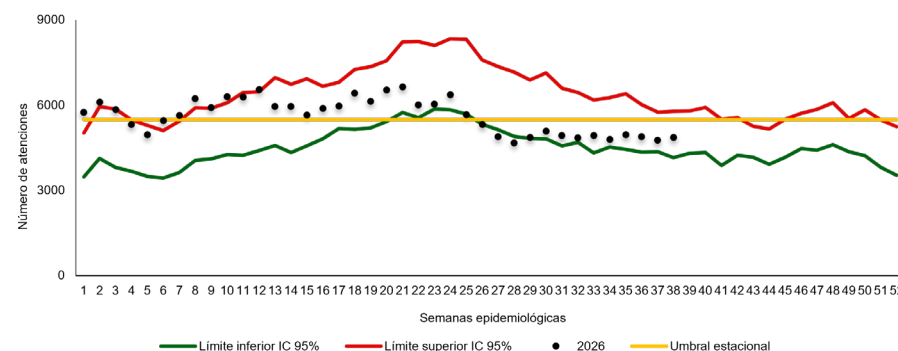
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 38 del 2026 se notificaron 4 865 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Amazonas, Atlántico, Buenaventura, Caldas, Casanare, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Quindío, Risaralda, San Andrés, Sucre, Valle del Cauca y Vaupés; así mismo, se observó aumento en Arauca, Barranquilla, Cartagena, Guaviare, Magdalena, Nariño y Putumayo. En las 16 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 107) representaron el 26,2 %, seguidos del grupo de 2 a 4 años con el 14,9 % (2 903). 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 21,7 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 19,7 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones presentaron una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior entre las semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2026. Entre las semanas epidemiológicas 13 a 24, se observó una disminución ubicándose por encima del umbral estacional. Posteriormente, se observó una disminución sostenida de las hospitalizaciones, situándose por debajo de dicho umbral entre las semanas 25 a 38 (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2026

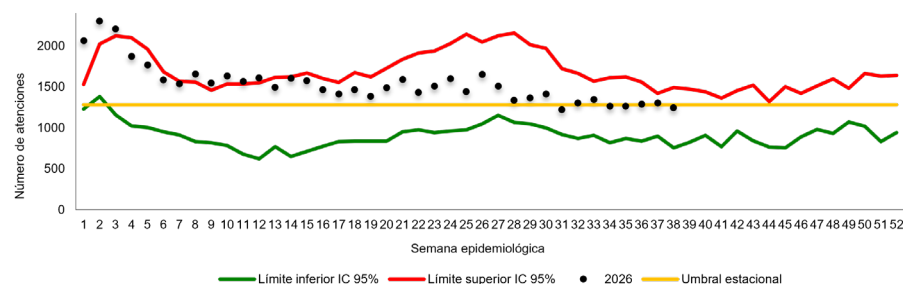


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 38 del 2026, se notificaron 1 245 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 07 a 12 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, presentaron un descenso entre las semanas epidemiológicas 13 a 38 de 2026, ubicándose dentro de lo esperado (figura 10).

Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2026



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

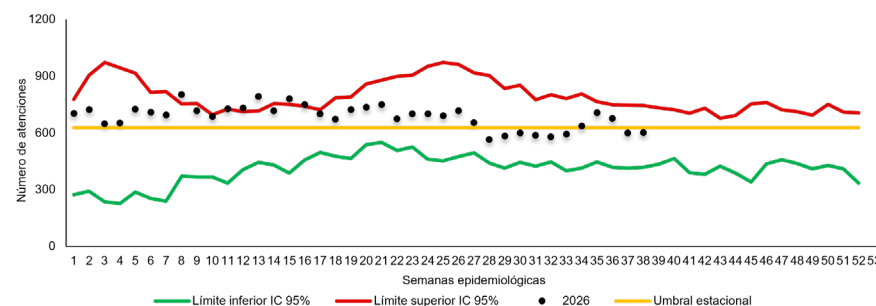
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 38 del 2026 se notificaron 601 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Chocó y Putumayo. Se registró disminución en Antioquia, Bolívar, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Meta, Risaralda, Sucre y Valle del Cauca. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 35,2 % (910), seguido de los menores de 1 año con el 21,3 % (551) 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 18,7 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 17,3 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 27 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas epidemiológicas 08, 11 a 13, 15 y 16, con un descenso progresivo entre las semanas epidemiológicas 28 a 38 (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2026

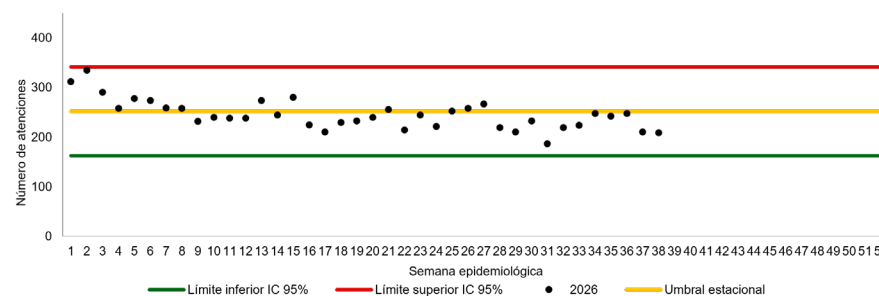


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 38 del 2026, se notificaron 209 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control para este grupo de edad, las hospitalizaciones se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, 13 y 15 de 2026; no obstante, en las semanas 09 a 12, 14 y 16 a 38 se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 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 hospitalización en sala general y positiva en consulta externa, urgencias, hospitalización en UCI/UCIM con 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 septiembre de 2026 las condiciones climáticas del país estarán moduladas por el desarrollo del fenómeno El Niño, que ya se considera plenamente establecido y en fortalecimiento, junto con la variabilidad intraestacional asociada a la oscilación Madden-Julán y al tránsito de las ondas del Este. Para el periodo septiembre a noviembre de 2026 predominaría una señal deficitaria de precipitaciones en las regiones Caribe y Andina, con déficits también en sectores de la región Pacífica. En la Orinoquía y la Amazonía se prevén condiciones más variables, y en la región Insular las lluvias se mantendrían dentro de los valores climatológicos. No se descartan lluvias intensas de muy corta duración. Las predicciones indican una probabilidad del 75,0 % de un evento El Niño muy fuerte desde septiembre, que alcanzaría el 95,0 % en noviembre, y se espera que la temperatura permanezca por encima de lo habitual durante todo el periodo. Por lo anterior, la disminución de las precipitaciones, el aumento de la temperatura, la persistencia de incendios y las temperaturas más bajas durante la noche y la madrugada podrían favorecer la suspensión y concentración de material particulado en el aire y la circulación de agentes respiratorios. Esto incrementa el riesgo de infecciones respiratorias agudas (IRA), especialmente en poblaciones vulnerables¹.

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

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

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

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

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. La influenza B predomina en varios países, particularmente en el Cono Sur, mientras que en Centroamérica y Andina influenza A(H3N2) continúa predominando. Respecto a virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles estables en las subregiones excepto en Brasil y Cono Sur. Paraguay y Uruguay presentan positividad particularmente elevadas para este patógeno. Con relación a SARS-CoV-2 se mantiene estable y

[1] Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Boletín de clima y salud. Edición No. 9. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Salud; 2026 sep.

en niveles bajos en la mayoría de las subregiones, excepto en algunos países del Caribe y Centroamérica. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 38, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, parainfluenza e influenza. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un comportamiento al incremento en la positividad general. Los patógenos que presentaron significancia estadística para el periodo analizado 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 17). 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 17. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 31 a 38 de 2026

Agente viral identificado	SE 31 a 34 de 2026			SE 35 a 38 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	47,2	52,9	31,9	47,8	54,0	36,4	
Rinovirus	23,3	23,1	26,1	28,1	25,8	25,0	
Virus sincitial respiratorio	27,2	35,0	21,7	22,2	31,3	15,0	
Enterovirus	0,4	-	-	1,0	0,8	-	
Adenovirus	6,9	7,0	4,3	8,4	13,3	-	
Influenza B	6,9	3,5	8,7	9,4	2,3	5,0	
Influenza A	13,3	9,1	21,7	9,9	5,5	20,0	
Parainfluenza	6,9	9,1	4,3	7,4	9,3	-	
Metapneumovirus	3,0	3,5	-	2,0	2,3	5,0	
A(H1N1)pdm09	0,9	1,4	-	0,5	0,8	-	
SARS-CoV-2	1,7	1,4	-	3,9	3,1	10,0	
A(H3N2)	6,9	6,3	8,7	4,9	2,3	20,0	
Coronavirus	2,6	0,7	4,3	2,5	3,1	-	

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

Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.

*Se muestra la variación con significancia estadística

COVID-19

Situación de COVID-19 en Colombia hasta la semana epidemiológica 38 de 2026

Metodología

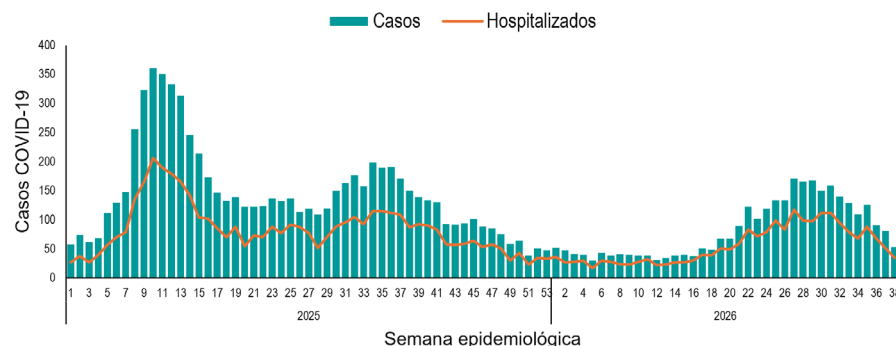
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 38 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 38), con corte al 26 de septiembre y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron a Sivigila 3 156 casos de COVID-19, de los cuales 3 152 son procedentes de Colombia y 4 casos de procedencia exterior. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 35 a 38) se registraron 355 casos de procedencia Colombia, lo que representa una disminución del 34,5 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 31 a 34), en el que se reportaron 542 casos. Respecto a la hospitalización, se notificaron 243 casos hospitalizados, una disminución del 31,4 % frente a los 354 registrados en el periodo epidemiológico anterior. En el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 35 a 38), se notificaron 705 casos, por lo que en 2026 se observa una disminución del 49,6 % respecto al año anterior (figura 13).

Figura 13. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 38 de 2026



Fuente: Sivigila, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 38 de 2026

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2026) se registró una incidencia de 0,7 casos por cada 100 000 habitantes (355 casos confirmados de procedencia Colombia), con afectación en 27 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 97 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 a nivel departamental en Cauca y Atlántico y a nivel municipal en: El Tambo (Cauca), Rionegro (Antioquia) y Mocoa (Putumayo).

En todos los grupos de edad se presentaron reducciones en la notificación de casos, con excepción del grupo de 20 a 29 años, que registró un incremento del 5,9 %. Las disminuciones más importantes se registraron en el grupo de 80 a 89 años (-56,0 %), seguido de 1 año (-51,6 %), 50 a 59 años (-50,0 %), 30 a 39 años (-43,2 %), menor de un año (-42,9 %), 10 a 19 años (-37,8 %), 60 a 69 años (-29,2 %), 70 a 79 años (-29,0 %), 5 a 9 años (-11,1 %) y 2 a 4 años (-2,2 %). Por su parte, los grupos de 40 a 49 años y de 90 a 99 años no presentaron variación porcentual, mientras que el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos periodos analizados, por lo que no fue posible calcular la variación porcentual (tabla 18).

Tabla 18. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (31 a 38) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 31 a 34 2026	SE 35 a 38 2026		
Menor de un año	175	100	-42,9	
1 año	64	31	-51,6	
2 a 4 años	45	44	-2,2	
5 a 9 años	36	32	-11,1	
10 a 19 años	37	23	-37,8	
20 a 29 años	17	18	5,9	
30 a 39 años	37	21	-43,2	
40 a 49 años	13	13	0,0	
50 a 59 años	30	15	-50,0	
60 a 69 años	24	17	-29,2	
70 a 79 años	31	22	-29,0	
80 a 89 años	25	11	-56,0	
90 a 99 años	8	8	0,0	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	542	355	-34,5	

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

•NC: no calculable

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, semanas epidemiológicas 31 a 38 de 2026
PE: periodo epidemiológico SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia 30 fallecimientos asociados a COVID-19. De estos, 10 se registraron en Bogotá, D. C.; cinco (5) en el departamento de Arauca, de los cuales cuatro (4) ocurrieron en el municipio de Arauca y uno en Saravena; y dos (2) en Santiago de Cali (Valle del Cauca). Los 13 fallecimientos restantes se notificaron de manera individual en los municipios de Peñol y Rionegro (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), Montenegro y Armenia (Quindío), Campoalegre (Huila), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena), Pore (Casanare) y La Calera (Cundinamarca).

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu71a>, 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 38 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 38 del 2026 se notificaron 2 776 casos de dengue: 2 146 casos de esta semana y 630 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 83 556 casos, 50 479 (60,4 %) sin signos de alarma, 32 233 (38,6 %) con signos de alarma y 844 (1,0 %) de dengue grave.

El 66,9 % (55 890) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Bolívar, Cesar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, Casanare, Antioquia, Atlántico y La Guajira (tabla 19). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 34 a 37 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Atlántico, Magdalena, Tolima, Antioquia, Valle del Cauca y Sucre concentran el 67,7 % (6 993 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo epidemiológico analizado (semanas epidemiológicas 34 a 37 de 2026) con respecto al periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 30 a 33 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Atlántico, Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Chocó, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en las entidades territoriales de Casanare, La Guajira, Nariño y Vaupés mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 19).

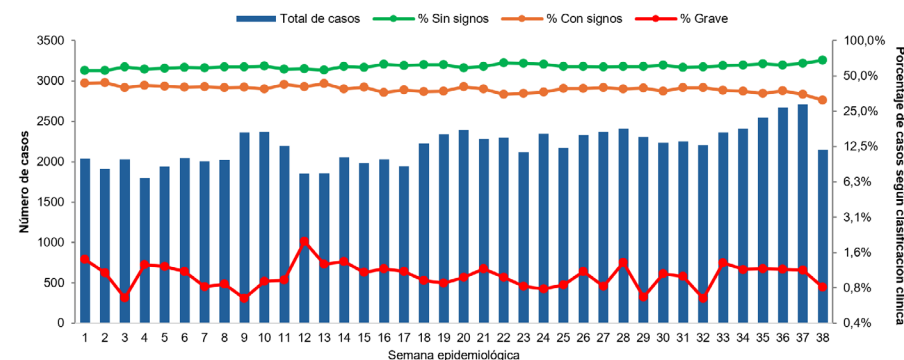
Tabla 19. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 30 - 33 2026)	Observado (SE 34-37 2026)
Meta	13 182	29,9	0,8	1 381	1 231
Bolívar	7 542	41,4	1,3	1 066	1 041
Cesar	6 161	56,2	0,8	422	361
Santander	5 930	38,7	0,7	705	939
Norte de Santander	5 298	37,4	1,3	703	780
Magdalena	4 972	49,3	0,7	519	545
Casanare	3 419	29,9	0,6	512	329
Antioquia	3 159	36,4	0,9	364	488
Atlántico	3 124	43,5	0,7	450	588
La Guajira	3 103	53,9	1,7	69	47
Cartagena de Indias	3 072	19,2	1,0	156	288
Córdoba	2 726	43,6	0,4	231	277
Tolima	2 619	32,8	1,4	289	501
Barranquilla	2 545	45,3	0,9	287	262
Arauca	2 344	31,2	1,3	346	334
Santa Marta	2 041	44,7	0,3	52	42
Sucre	1 824	46,4	0,8	297	416
Valle del Cauca	1 713	34,8	0,9	229	464
Cundinamarca	1 489	38,6	1,1	177	284
Santiago de Cali	1 093	36,7	0,7	97	142
Huila	981	39,6	5,0	90	133
Chocó	960	20,8	0,6	110	184
Amazonas	723	14,8	0,1	94	114
Nariño	609	39,9	0,8	83	57
Guaviare	542	23,8	0,6	60	102
Caquetá	410	52,2	2,9	17	19
Putumayo	367	26,4	1,9	37	74
Quindío	326	25,5	3,1	53	71
Boyacá	247	43,3	1,6	30	34
Cauca	199	33,7	3,5	32	38
Exterior	174	43,1	3,4	18	26
Risaralda	156	38,5	1,3	7	24
Caldas	150	39,3	0,0	8	15
Buenaventura	135	36,3	1,5	13	26
Vichada	105	28,6	0,0	16	23
Vaupés	69	8,7	0,0	25	17
Archipiélago de San Andrés	37	32,4	2,7	13	9
Guainía	10	30,0	0,0	1	4
Total	83 556	38,6	1,0	9 059	10 329

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

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 40,0 % a nivel nacional (figura 14); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 34 a 37 de 2026) fueron: Caquetá, La Guajira y Buenaventura.

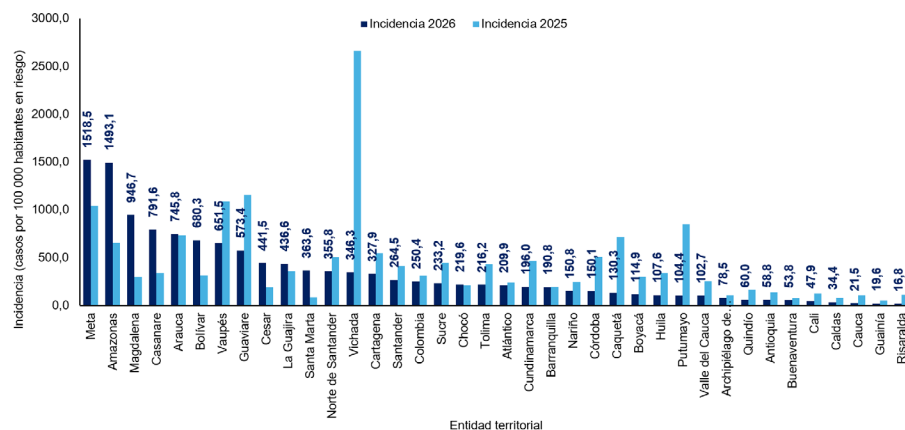
Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 38, 2026



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

A semana epidemiológica 38 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 250,4 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 312,1 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, Casanare, Arauca, Bolívar y Vaupés presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 38 del 2026 registrando tasas superiores a 651,5 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 508,1 casos por 100 000 habitantes.

Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2025 y 2026

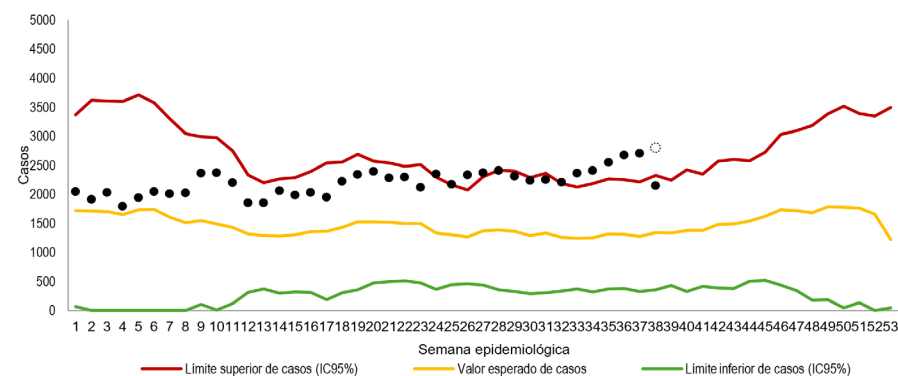


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 38 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 14,0 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 34 a 37 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 30 a 33, 2026) (figura 16). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 38), se observa una reducción del 19,8 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025, donde se habían notificado 104 188 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 13,5 % (5) está dentro de lo esperado, el 40,5 % (15) se encuentra en situación de alerta y el 46,0 % (17) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 20).

Figura 16. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2026



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

Tabla 20. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 38 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 38, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Putumayo, Quindío, Magdalena, Norte de Santander, Sucre, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vaupés.
Alerta	Barranquilla, Boyacá, Buenaventura, Cartagena de Indias, Caldas, Cesar, La Guajira, Huila, Nariño, Santander, Santa Marta, Valle del Cauca, Tolima, Risaralda, Vichada
Dentro de lo esperado	Cauca, Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Guainía.

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 38 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 21,8 % (182) 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 21).

Tabla 21. 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 38 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		(SE 30-33 2026)	(SE 34-37 2026)
Antioquia	Medellín	16,6	433	53	82
	Bello	7,2	40	5	9
	Envigado	17,4	42	5	8
	Itagüí	11,6	32	5	9
Bolívar	Magangué	483,6	695	139	149
Cesar	Aguachica	557,4	685	96	85
Córdoba	Cereté	261,7	288	40	30
Cundinamarca	Fusagasugá	23,0	38	4	8
Chocó	Quibdó	181,3	241	22	79
Meta	Villavicencio	1820,1	9 281	899	774
Norte de Santander	Ocaña	302,6	359	70	92
Risaralda	Pereira	16,7	81	6	13
Santander	Bucaramanga	353,2	2 186	283	404
Tolima	Ibagué	178,1	969	125	215
Valle del Cauca	Cartago	347,4	483	72	204
Arauca	Arauca	322,8	324	48	41
Casanare	Yopal	436,5	788	190	138

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

A semana epidemiológica 38 del 2026, se han notificado 216 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 56 casos, se han descartado 114 casos y se encuentran en estudio 46 casos, de los cuales un caso procede del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,07 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: < 0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 97 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 22).

Tabla 22. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 38, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 38, 2026	Letalidad por dengue a SE 38, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	4	0	0,41	0,26
La Guajira	10	0	0,32	0,04
Magdalena	7	0	0,14	0,13
Antioquia	4	1	0,13	0,12
Valle del Cauca	2	2	0,12	0,00
Santa Marta	2	0	0,10	0,21
Atlántico	3	1	0,10	0,06
Meta	9	5	0,07	0,11
Cundinamarca	1	4	0,07	0,06
Bolívar	5	5	0,07	0,09
Norte de Santander	3	0	0,06	0,07
Sucre	1	3	0,05	0,09
Cesar	3	0	0,05	0,04
Barranquilla	1	1	0,04	0,15
Santander	1	1	0,02	0,10
Tolima	0	7	0,00	0,04
Casanare	0	4	0,00	0,00
Cauca	0	3	0,00	0,30
Córdoba	0	2	0,00	0,08
Putumayo	0	2	0,00	0,17
Arauca	0	1	0,00	0,09
Boyacá	0	1	0,00	0,00
Caldas	0	1	0,00	0,00
Colombia	56	45	0,07	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 38 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

Estratificación de riesgo: para Colombia han sido definidos cinco estratos de riesgo, determinados según los siguientes criterios: receptividad (posibilidad del ecosistema para permitir la transmisión de la malaria, es decir que el territorio tenga una altura por debajo de 1 600 msnm y que se encuentre el vector), la intensidad de la transmisión (nivel de 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	Altura mayor o igual a 1 600 msnm. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

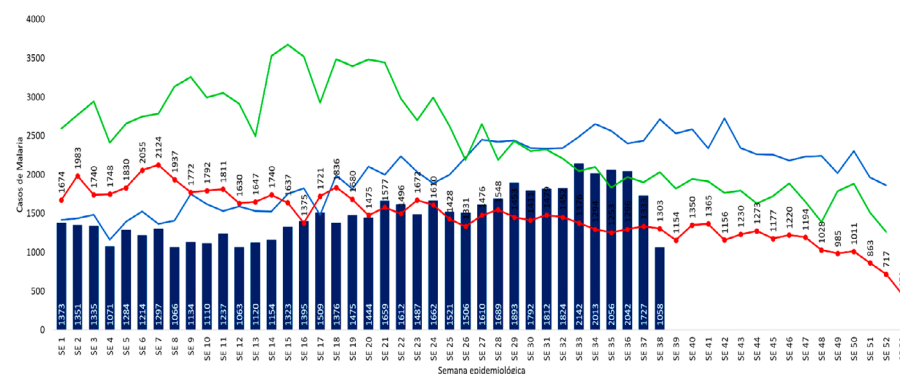
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 17. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 38 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 38 del 2026 se notificaron 2 884 casos de malaria, para un acumulado de 56 435 de los cuales 55 848 son de malaria no complicada y 587 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 67,1 % (37 851), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,7 % (17 881) e infección mixta con 1,2 % (703). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (41,4 %), Antioquia (12,9 %), Córdoba (7,2 %), Nariño (5,2 %), Guainía (4,9 %), Risaralda (3,6 %), Amazonas (3,4 %), Cauca (3,4 %), Bolívar (3,0 %), Vichada (2,7 %), Buenaventura (2,6 %), Meta (2,5 %) y Guaviare (2,1 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 72,7 % de los casos son los que se muestran en la tabla 23.

Tabla 23. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 31 a 34 2026	Casos SE 35 a 38 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	5 124	1 056	811	34,40
Córdoba	Tierralta	2 667	269	269	26,32
Guainía	Inírida	2 492	260	327	62,95
Chocó	Lloró	1 952	310	314	179,68
Risaralda	Pueblo Rico	1 863	258	73	110,80
Chocó	Bagadó	1 825	349	230	151,13
Buenaventura	Buenaventura	459	179	253	4,49
Chocó	Istmina	1 454	164	132	41,59
Antioquia	El Bagre	1 430	189	154	25,07
Chocó	Alto Baudó	1 218	256	239	37,86
Chocó	Medio San Juan	1 147	207	157	94,75
Meta	Puerto Gaitán	1 057	95	71	22,38
Vichada	Cumaribo	1 029	81	60	11,47
Chocó	Río Quito	993	131	203	105,24
Cauca	Timbiquí	990	119	105	34,56
Chocó	Tadó	962	260	152	46,34
Bolívar	Montecristo	890	111	82	47,82
Vaupés	Mitú	885	87	48	24,17
Chocó	Bajo Baudó	876	165	153	25,07
Chocó	Carmen del Darién	867	170	136	38,11
Chocó	Juradó	763	60	16	98,59
Cauca	Guapi	757	62	110	25,14
Norte de Santander	Tibú	700	137	85	11,17
Nariño	Olaya Herrera	697	77	59	26,06
Antioquia	Nechí	695	104	67	24,59
Chocó	Nóvita	692	189	186	64,58
Chocó	Atrato	670	138	98	94,73
Chocó	El Cantón del San Pablo	654	63	43	91,69
Amazonas	Tarapacá (CD)	643	74	35	143,08
Córdoba	Puerto Libertador	619	69	60	13,44
Guaviare	San José del Guaviare	560	93	72	8,41
Chocó	Medio Atrato	556	71	107	41,84
Antioquia	Cáceres	531	52	41	16,82
Amazonas	La Pedrera (CD)	509	52	46	116,90
Antioquia	Chigorodó	480	49	47	7,61

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 72,7 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,6 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Tierralta, Pueblo Rico, Lloró, Bagadó, Puerto Gaitán, Montecristo, Mitú, Carmen del Darien, Juradó, Cumaribo, Tibú y Nechí y en incremento el municipio de Inírida y Nechí (tabla 24). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 67,2 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Timbiquí, Istmina, Lloró, Bagadó, Bajo Baudó y Tadó y en incremento los municipios de Quibdó, Buenaventura, Río Quito, Guapi, Medio San Juan, Alto Baudó, Atrato, El Charco y Medio Atrato como se muestra en la tabla 25.

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 38 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 31 a 34 de 2026	Casos SE 35 a 38 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	241	252	5%	6,3%
Guainía	Inírida	223	272	22%	5,7%
Chocó	Quibdó	308	271	-12%	4,7%
Risaralda	Pueblo Rico	207	51	-75%	4,1%
Antioquia	El Bagre	184	149	-19%	3,6%
Chocó	Lloró	149	136	-9%	3,1%
Chocó	Bagadó	167	76	-54%	2,8%
Meta	Puerto Gaitán	88	67	-24%	2,5%
Bolívar	Montecristo	114	79	-31%	2,3%
Vaupés	Mitú	73	42	-42%	2,2%
Chocó	Juradó	59	16	-73%	2,0%
Chocó	Carmen del Darien	144	114	-21%	2,1%
Vichada	Cumaribo	46	28	-39%	2,0%
Norte de Santander	Tibú	137	86	-37%	1,9%
Chocó	Istmina	69	74	7%	1,7%

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

Tabla 25. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 38 de 2026

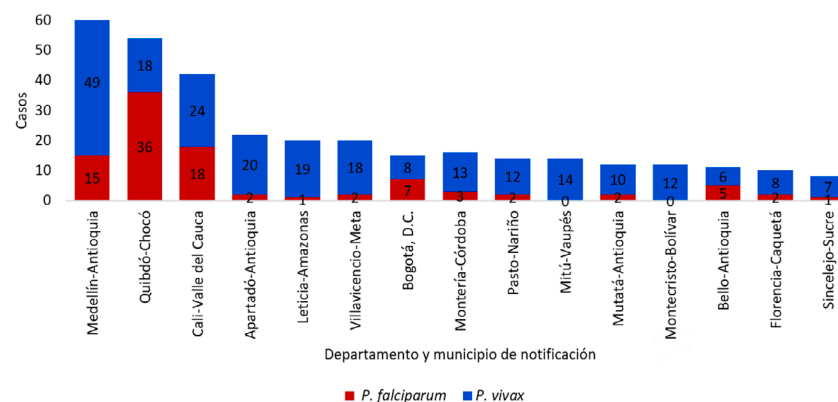
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 31 a 34 de 2026	Casos SE 35 a 38 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	723	529	-27%	18,5%
Buenaventura	Buenaventura	112	186	66%	5,6%
Cauca	Timbiquí	119	104	-13%	5,5%
Chocó	Istmina	94	59	-37%	4,4%
Chocó	Lloró	153	162	6%	4,1%
Chocó	Rio Quito	88	158	80%	4,2%
Cauca	Guapi	56	101	80%	3,9%
Chocó	Bagadó	174	145	-17%	4,0%
Chocó	Medio San Juan	110	93	-15%	3,3%
Chocó	Alto Baudó	118	123	4%	2,9%
Chocó	Atrato	108	80	-26%	2,6%
Chocó	Bajo Baudó	95	110	16%	2,5%
Nariño	El Charco	33	48	45%	2,3%
Chocó	Medio Atrato	44	74	68%	2,1%
Chocó	Tadó	122	58	-52%	2,1%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 38 de 2026 se han notificado 562 casos de malaria complicada, que son notificados por 32 entidades territoriales. Antioquia, Chocó, Amazonas, Nariño, Santiago de Cali, Meta, Caldas, Vichada, Caquetá, Bogotá, D.C., Risaralda, Bolívar, Santander, Sucre, Vaupés y Córdoba y notificaron el 88,2 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 58,3 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 18).

Figura 18. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 38 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 38 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran dos departamentos en situación de incremento y nueve departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 27 municipios en incremento y 75 municipios en decremento (tabla 26).

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 38 2025	Acumulado 2026	SE 38 2026	Esperado	Observado
Bolívar	Río Viejo	4	18	1	121	1	3	8
Caquetá	Curillo	4	2	0	3	1	0	2
Chocó	El Carmen de Atrato	4	181	2	363	20	8	81
Chocó	Condoto	4	165	2	276	5	18	27
Chocó	Medio San Juan	5	1 004	31	1 105	49	73	125
Chocó	Nóvita	5	287	10	591	23	29	123
Chocó	Belén de Bajirá	5	147	10	501	12	14	41
Chocó	Lloró	5	1 594	56	1 765	26	171	198
Chocó	Istmina	5	1 104	24	1 381	13	82	104
Chocó	Unión Panamericana	5	178	3	250	7	22	32
Chocó	Rio Quito	5	487	4	881	21	105	122
Chocó	El Litoral del San Juan	5	83	1	222	14	17	49
Chocó	Quibdó	5	2 612	29	4 598	55	334	567
Chocó	Medio Atrato	5	402	4	511	18	53	80
Chocó	Carmen del Darién	5	716	11	815	17	67	104
Chocó	Sipí	4	185	4	180	2	14	19
Chocó	Atrato	5	276	7	632	9	40	82
Guaviare	Calamar	4	135	3	215	0	16	21
Guaviare	Miraflores	3	60	1	91	6	10	22
Meta	Puerto Concordia	4	60	2	56	7	5	10
Meta	Puerto Gaitán	4	296	15	1 027	1	17	48
Meta	Puerto López	4	191	0	21	1	0	4
Norte de Santander	El Tarra	4	6	0	14	0	1	5
Norte de Santander	Teorama	4	7	0	41	0	2	12
Norte de Santander	Convención	4	4	0	44	0	1	6
Norte de Santander	El Carmen	4	5	0	17	1	1	3
Tolima	Ataco	3	0	0	0	0	0	3

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 38 del 2026, se han notificado 15 769 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 15 692 corresponden a residentes en Colombia y 77 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (39 de 2025 a 38 de 2026) es de 0,54 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Chocó, Vichada y Risaralda (tabla 27).

El 83,4 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,6 % 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 (28,0 %) y en los de 1 año de edad (27,1 %). Así mismo, el 65,9 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 38 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Guainía, Norte de Santander 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 216 municipios a nivel nacional (19,2 %) y de disminución en 98 municipios (8,7 %). 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 19 municipios (tabla 28).

Tabla 27. 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 38, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 38 de 2025	Casos a SE 38 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	15825	15692	0,54	19,2	8,7
La Guajira	1281	1250	1,53	26,7	20,0
Chocó	635	704	1,34	32,3	12,9
Vichada	161	173	1,29	0,0	25,0
Risaralda	350	424	0,87	28,6	14,3
Guaviare	54	51	0,76	25,0	0,0
Cartagena de Indias	407	435	0,69	0,0	0,0
Magdalena	622	489	0,68	24,1	6,9
Cesar	712	770	0,68	28,0	16,0
Arauca	135	131	0,67	0,0	28,6
Boyacá	386	426	0,64	14,6	4,1
Vaupés	23	20	0,58	0,0	16,7
Nariño	510	588	0,58	25,0	3,1
Antioquia	2084	2005	0,57	23,2	3,2
Bogotá, D.C	1983	1882	0,55	0,0	0,0
Casanare	191	167	0,55	10,5	31,6
Norte Santander	525	447	0,52	7,5	7,5
Bolívar	472	441	0,52	28,9	11,1
Cundinamarca	888	906	0,51	15,5	6,0
Meta	295	350	0,50	31,0	13,8
Amazonas	53	38	0,49	18,2	9,1
Putumayo	145	141	0,49	15,4	15,4
Sucre	302	323	0,47	42,3	7,7
Santiago de Cali	417	379	0,42	0,0	0,0
Valle del Cauca	490	439	0,42	27,5	7,5
Buenaventura	134	101	0,40	0,0	0,0
Tolima	249	278	0,40	14,9	10,6
Huila	346	301	0,38	8,1	13,5
Santa Marta	136	125	0,38	0,0	0,0
Guainía	33	20	0,36	0,0	22,2
Córdoba	380	487	0,36	16,7	10,0
Caquetá	107	107	0,34	0,0	25,0
Caldas	144	145	0,32	14,8	0,0
Santander	370	378	0,31	18,4	3,4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	11	0,30	50,0	0,0
Cauca	227	271	0,29	23,8	9,5
Quindío	64	73	0,28	0,0	0,0
Barranquilla	243	160	0,28	0,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 39 de 2025 a SE 38 de 2026.

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

Tabla 28. 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 38 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	284	159
Risaralda	Dosquebradas	37	105
Sucre	Sincedejo	44	96
Tolima	Ibague	57	88
Cundinamarca	Fusagasuga	51	85
Nariño	Pasto	62	66
Antioquia	Rionegro	29	47
Cesar	Aguachica	22	46
Cauca	Popayan	26	44
Boyaca	Duitama	24	42
Huila	Pitalito	28	38
Valle del Cauca	Cartago	21	28
Antioquia	Envigado	16	27
Cauca	Santander de Quilichao	18	27
Atlántico	Sabanalarga	33	24
Santander	Piedecuesta	36	24
Atlántico	Malambo	30	20
Cundinamarca	Girardot	41	14
Norte de Santander	Villa del Rosario	39	10

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

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

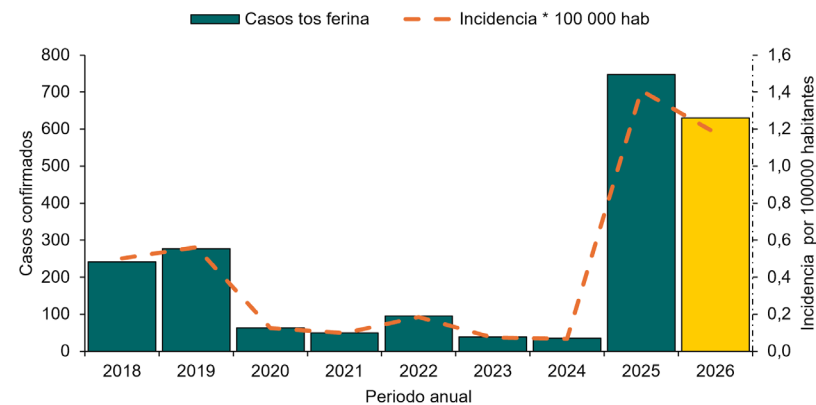
Tos ferina

Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 37 de 2026

Nota: El presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, clasificados por laboratorio, nexo epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias fueron calculadas únicamente con los casos procedentes de Colombia. Asimismo, se debe considerar que la información presentada está sujeta a ajustes derivados del rezago en la notificación, los procesos de confirmación diagnóstica y las modificaciones en la clasificación final de los casos, por lo que las cifras pueden variar en futuras actualizaciones.

Hasta la semana epidemiológica 37 de 2026p, a nivel nacional se han confirmado 655 casos de tos ferina, de los cuales 630 corresponden a casos con procedencia nacional, utilizados para el cálculo de la incidencia. La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 37 fue de 1,2 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 (2018 a 2024); no obstante, el comportamiento observado durante 2026 es inferior al registrado en el mismo periodo de 2025, cuando se confirmaron 747 casos de tos ferina y una incidencia de 1.4 casos por cada 100 000 habitantes (figura 19).

Figura 19. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 37, 2018 a 2026p



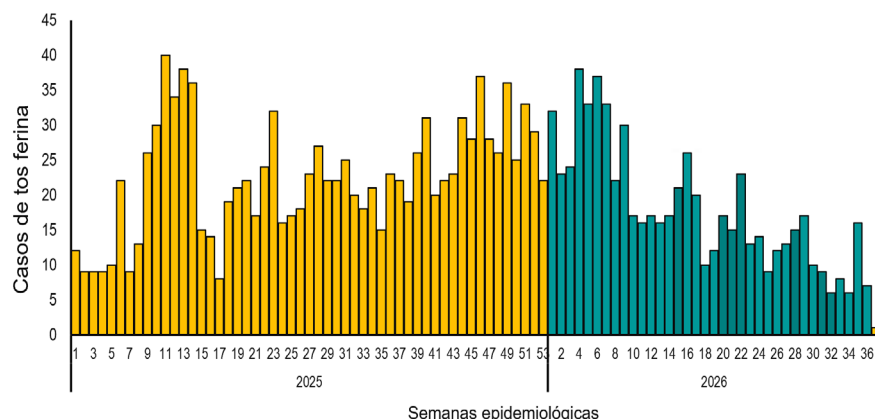
Fuente: Sivigila 2018 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

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

La figura 20 muestra una disminución sostenida de los casos de tos ferina durante 2026 en comparación con 2025. Mientras que, en 2025 se registraron picos de hasta 40 casos en la semana epidemiológica 11 y de 37 casos en la semana epidemiológica 46, durante 2026 los mayores valores se presentaron al inicio del año, alcanzando 38 casos en la semana epidemiológica 05 y 37 casos en la semana epidemiológica 06. A partir de entonces, la notificación mostró una tendencia descendente progresiva, con fluctuaciones menores y una reducción marcada desde la semana epidemiológica 17, llegando a valores inferiores a 10 casos semanales en las últimas semanas analizadas. Este comportamiento evidencia una disminución importante en la ocurrencia de casos de tos ferina durante 2026, especialmente en el segundo semestre del año. En el periodo observado (semanas epidemiológicas 34-37) se confirmaron 30 casos.

Figura 20. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 37 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 37, de 2019 a 2026p

La incidencia nacional de tos ferina en 2026 fue de 1,2 casos por 100 000 habitantes, con un total de 630 casos confirmados. Las mayores incidencias se registraron en Vaupés (22,5 casos por 100 000 habitantes), seguido de Casanare (4,8), Cartagena de Indias (4,3), Vichada (3,9), Arauca (3,6), Chocó (3,2) y Boyacá (2,9). En términos absolutos, Antioquia concentró el mayor número de casos confirmados (138 casos), seguida de Bogotá (64), Santander (44), Cartagena de Indias (43), Boyacá (38) y Cesar (26).

En comparación con 2025, se observaron incrementos en la incidencia en Santander, Cartagena de Indias, Boyacá, Cesar, Casanare, Santiago de Cali, Chocó, Bolívar, Norte de Santander, Cauca, Vaupés, Arauca, Barranquilla, Magdalena, Vichada, Putumayo, Amazonas, Guaviare y Buenaventura, mientras que Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Risaralda, Córdoba, Caldas, Meta, Huila, Valle del Cauca, Nariño y Santa Marta registraron una disminución. Por su parte, La Guajira, Atlántico, Quindío, Sucre, Caquetá y Tolima mantuvieron incidencias similares a las observadas en 2025. Estos resultados evidencian una distribución heterogénea de la tos ferina entre las entidades territoriales del país.

La tabla 29 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026p para la misma semana epidemiológica.

Tabla 29. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 37, 2019 a 2026p

Entidad territorial	Incidencias por 100 000 habitantes								Tendencia	2026
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026		
Colombia	0,6	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,4	1,2		630
Antioquia	0,7	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	2,6	2,0		138
Bogotá, D.C.	0,8	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	3,2	0,8		64
Santander	0,4	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3	1,8		44
Cartagena de Indias	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	4,3		43
Boyacá	0,5	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,7	2,9		38
Cesar	0,4	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	1,7		26
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8		23
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	1,0	1,7		21
Cundinamarca	0,5	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	1,5	0,6		21
Santiago de Cali	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	0,1	0,7	0,9		20
Chocó	0,2	0,2	3,7	0,5	0,0	0,3	2,5	3,2		19
Norte de Santander	1,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	1,1		19
Cauca	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9		14
Risaralda	0,8	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	1,8	1,1		11
Vaupés	110,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	22,5		10
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	3,6		10
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,9	0,9		10
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,8		10
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6		10
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,5		10
Caldas	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	2,3	0,8		8
Meta	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,3	0,7		8
Magdalena	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4	0,7		7
Huila	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,3	1,9	0,6		7
Valle del Cauca	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3		7
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	3,9		6
Quindío	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,1	1,1		6
Sucre	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5		5
Santa Marta	0,2	0,2	0,0	1,3	0,7	0,0	0,7	0,5		3
Nariño	0,4	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	0,3	0,5		2
Caquetá	1,2	0,7	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,5		2
Tolima	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1		2
Amazonas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2		1
Guaviare	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2		1
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,9	0,6	0,0	0,0	0,3		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2026p. p: dato preliminar sujeto a validación.

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

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

Con corte a la semana epidemiológica 37 de 2026, se han identificado 42 brotes de tos ferina en población indígena, con un total de 161 casos asociados. De estos, 39 (92,9 %) se encuentran cerrados y 3 (7,1 %) permanecen activos y en seguimiento epidemiológico de acuerdo con la fecha de inicio de síntomas. Los brotes que continúan abiertos corresponden a los municipios de Toribío (Cauca), Cubará (Boyacá) y Necoclí (Antioquia).

La tabla 30 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia en población indígena, así como la fecha de cierre correspondiente de cada brote.

Tabla 30. Brotes de tos ferina, Colombia, 2026p

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		161		
Antioquia	Necoclí	1	30/08/2026	11/10/2026
Cauca	Toribío	8	20/08/2026	1/10/2026
Boyacá	Cubará	15	12/08/2026	23/09/2026
Vaupés	Caruru	1	6/08/2026	17/09/2026
Boyacá	Guican	8	2/08/2026	13/09/2026
La Guajira	Maicao	3	30/07/2026	10/09/2026
Vichada	Cumaribo	6	20/07/2026	31/08/2026
Santander	Cerrito	21	7/07/2026	18/08/2026
Vaupés	Papunaua	2	16/06/2026	28/07/2026
Cesar	Agustín Codazzi	6	14/06/2026	26/07/2026
La Guajira	Uribe	1	11/06/2026	23/07/2026
Arauca	Saravena	1	10/06/2026	22/07/2026
Chocó	Riosucio	5	8/06/2026	20/07/2026
Cesar	Becerril	1	6/06/2026	18/07/2026
Antioquia	Murindó	4	6/06/2026	18/07/2026
Cesar	Valledupar	2	5/06/2026	17/07/2026
Norte de Santander	Toledo	2	26/05/2026	7/07/2026
Vaupés	Mitú	7	21/05/2026	2/07/2026
Cauca	Caldono	3	8/05/2026	19/06/2026
Chocó	Litoral del Bajo de San Juan	1	27/04/2026	8/06/2026

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	4/06/2026
Chocó	Tadó	2	20/04/2026	1/06/2026
Santander	Concepción	6	20/04/2026	1/06/2026
Chocó	Bagadó	1	20/04/2026	1/06/2026
Antioquia	Urrao	1	11/04/2026	23/05/2026
Casanare	Paz de Ariporo	14	1/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	1/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Dabeiba	12	28/03/2026	9/05/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Chocó	Lloró	1	8/03/2026	19/04/2026
Cauca	Santander de Quilichao	1	3/03/2026	14/04/2026
Caldas	Aranzazu	3	19/02/2026	2/04/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	8/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	6/02/2026	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	9/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	9/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	4/03/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026

FIS: fecha de inicio de síntomas

Celdas en gris: brotes de tos ferina que por tiempo o reporte de la entidad territorial ya cerraron

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

p: dato preliminar sujeto a validación.



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización sismo del 10 de agosto de 2026, Colombia, y acciones de vigilancia en salud pública. Corte 29 de septiembre de 2026

El sismo de magnitud 7,4 ocurrido el 10 de agosto de 2026 afectó principalmente territorios de la región Pacífica y el Eje Cafetero. Actualmente, la respuesta institucional se mantiene en fase de seguimiento y recuperación, con vigilancia activa de los riesgos y efectos en salud pública asociados al evento. Desde el inicio de la emergencia se han identificado 19 brotes de eventos de interés en salud pública; 13 han sido cerrados y seis continúan activos y en seguimiento: un brote de parotiditis en Santiago de Cali, dos de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en Santiago de Cali y Buenaventura, dos de infección respiratoria aguda (IRA) leve y uno de infección asociada a la atención en salud (IAAS) por *Klebsiella pneumoniae* en Armenia. No se registran fallecimientos asociados a los brotes activos. Asimismo, no se reportan brotes ni alertas sanitarias por enfermedades zoonóticas, transmitidas por vectores o infecciones de transmisión sexual (ITS).

42 Continúa el seguimiento epidemiológico en los territorios afectados. Con corte a la semana epidemiológica 37, se observan incrementos principalmente en EDA e IRA, especialmente en Caldas, Chocó, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca. También se registran aumentos en dengue, malaria, accidente ofídico, agresiones por animales transmisores de rabia, desnutrición aguda, morbilidad materna extrema y violencia de género e intrafamiliar. Los eventos no transmisibles y de salud mental no presentan cambios relevantes frente al periodo anterior. Las entidades territoriales de Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca mantienen un cumplimiento del 100,0 % en los tres niveles del flujo de información del Sivigila, garantizando la continuidad de la vigilancia epidemiológica. Aunque algunas Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) permanecen temporalmente inactivadas por afectaciones del sismo, no se evidencian impactos en la capacidad de vigilancia y respuesta en salud pública.

La Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) registra 528 reportes asociados a la emergencia, principalmente en Quindío, Chocó, Caldas y Risaralda. Durante el periodo comprendido entre el 21 y el 28 de septiembre se notificaron tres nuevos reportes de interés en salud pública y gestión del riesgo, correspondientes a síndrome diarreico agudo, eventos en salud mental y afectaciones estructurales asociadas a actividad sísmica, en los departamentos de Quindío, Chocó y Tolima. Desde el inicio de la emergencia se han identificado 117 ATE, de los cuales 48

permanecen activos y 69 han sido cerrados. En los alojamientos activos se han caracterizado 2.078 personas, concentradas principalmente en Chocó, Santiago de Cali, Quindío, Buenaventura, Valle del Cauca y Risaralda. La reducción de Alojamiento Temporales de Emergencia (ATE) activos evidencia el avance de la recuperación territorial.

Persisten riesgos sanitarios relacionados con agua segura, saneamiento básico e inocuidad alimentaria. De los 48 ATE activos, 13 carecen de agua apta para consumo humano y 16 presentan deficiencias en la gestión de residuos sólidos, principalmente en Valle del Cauca, Santiago de Cali, Buenaventura, Chocó y Quindío. Además, se mantiene la presencia de vectores y plagas de interés sanitario en alojamientos de Buenaventura, Quibdó y Condoto.

La Red Nacional de Laboratorios mantiene la continuidad de la vigilancia en salud pública; sin embargo, persisten necesidades de insumos para análisis de calidad de agua en Caldas y Risaralda, y para diagnóstico de tuberculosis en Chocó. Asimismo, la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión no registra alertas por desabastecimiento de hemocomponentes ni sueros antiofídicos, manteniendo inventarios suficientes para la atención de la emergencia. La respuesta se mantiene enfocada en el monitoreo de eventos de interés en salud pública, la investigación de brotes, la vigilancia sanitaria y ambiental en los ATE, y el fortalecimiento de las acciones de agua segura y saneamiento básico. Debido a la persistencia de factores de vulnerabilidad, población en alojamientos temporales y riesgos sanitarios identificados, continúa activa la respuesta nacional con clasificación de riesgo **muy alto**.

Fuente: UNGRD, Reporte Situacional No. 090, 28 de septiembre de 2026; Reportes de Situación (SITREP) de las entidades territoriales afectadas; INS. Información del Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), Sala de Análisis del Riesgo en Salud Pública, Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), herramienta EWARS, Red Nacional de Laboratorios y Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión, corte 29 de septiembre de 2026.

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

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

Para el 2026, a corte del 29 de septiembre (datos preliminares), se han confirmado por laboratorio 60 casos de fiebre amarilla, con fecha de inicio de síntomas (FIS) entre el 04 de enero hasta el 19 de septiembre de 2026, el 93,3 % (56) procedente de Tolima, el 5,0 % (3), precedente de Cundinamarca y el 1,66 % (1) procedente de

Meta. Se han notificado 30 mortalidades, 28 confirmadas, dos (2) casos excluidos de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad de 46,66 % (28/60)³.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 208 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 87 casos de mortalidades, seis casos excluidos porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad acumulada del 42,02 % (87/208).

Para 2026, los casos confirmados de fiebre amarilla se presentaron en Tolima: Chaparral (21), Icononzo (8), Cunday (7), Ortega (5), Melgar (5), Carmen de Apicalá (2), Rioblanco (2), Purificación (2), Suárez (1), Dolores (1), Planadas (1) y San Antonio (1). En Meta, un (1) caso de procedencia Villavicencio y tres (3) casos en Cundinamarca del municipio de Paratebueno.

Durante el periodo comprendido entre el 22 y el 29 de septiembre de 2026, se confirmó un (1) caso identificado de fiebre amarilla en humanos de procedencia San Antonio en Tolima.

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 34 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). Los últimos casos confirmados el 19 de septiembre de 2026 por el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud en zona rural del municipio de Icononzo y municipio de Purificación.

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.

[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 dos (2) casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

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

Con corte al 30 de septiembre de 2026, se han notificado 2 045 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 877 han sido descartados, 153 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (62), Antioquia (38), Norte de Santander (10), Nariño (8), Amazonas y Huila (4 cada uno), Cesar y Sucre (3 cada uno), Barranquilla, Boyacá, Caldas, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Cundinamarca y Santa Marta (2 cada uno), Caquetá, Casanare, Chocó, Risaralda, Santander, Tolima y Valle del Cauca un (1) caso cada uno. Se han confirmado 15 casos, de estos, nueve (9) son importados y seis (6) relacionados a la importación, no se han reportado complicaciones ni defunciones y se han cerrado ocho (8) brotes. En cuanto a la caracterización genética, seis (6) casos fueron genotipo D8. En respuesta a esta situación, se mantiene la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y las Salas de Análisis del Riesgo (SAR) departamentales.

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

Seguimiento a incendios de cobertura vegetal en Colombia. Corte al 29 de septiembre de 2026

Persisten en el país condiciones de altas temperaturas que han favorecido la ocurrencia y propagación de incendios de cobertura vegetal en diferentes regiones, principalmente en las regiones Andina y Pacífica. Esta situación coincide con la consolidación del fenómeno El Niño (FEN), de acuerdo con el Comunicado Especial No. 087 emitido por el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) el 13 de agosto de 2026.

Entre agosto y lo corrido de septiembre de 2026, los reportes de incendios de cobertura vegetal se han concentrado principalmente en los departamentos de Tolima y Cundinamarca, con 38 y 35 municipios afectados respectivamente, que corresponden al 18,3 % y 16,8 % del total registrado. En conjunto, estos dos departamentos acumulan 73 de los 208 municipios afectados, equivalentes al 35,1 % del total, evidenciando la mayor concentración territorial de los reportes durante el periodo analizado.

En un segundo nivel de afectación se encuentran Nariño, con 24 municipios (11,5 %) y Norte de Santander, con 23 (11,1 %). Les siguen Boyacá, con 17 municipios (8,2 %); Huila, con 16 (7,7 %) y Antioquia, con 12 (5,8 %). Por su

parte, Santander y Valle del Cauca registran 10 y 9 municipios afectados, respectivamente, que representan el 4,8 % y 4,3 % del total.

Con una menor proporción de municipios afectados se encuentran Cauca, con (6) (2,9 %); La Guajira, con (5) (2,4 %); Cesar y Caldas, con (4) municipios cada uno (1,9 %) y Quindío, con (2) (1,0 %). Finalmente, Meta, Vichada y Magdalena registran un municipio afectado cada uno, equivalente al 0,5 % del total consolidado, respectivamente.

En respuesta a esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Circular Externa Conjunta 023 del 10 de julio de 2026, insta a reforzar las acciones de vigilancia, prevención y atención en salud, priorizando a la población en mayor condición de vulnerabilidad y fortaleciendo el monitoreo epidemiológico, territorial y ambiental mediante la Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA), el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y la vigilancia de factores de riesgos ambientales.

De acuerdo con lo reportado por la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), con corte al 28/09/2026 09:00 h, permanecía un incendio de cobertura vegetal activo, en la vereda El Piña del municipio de Dolores, Tolima y fueron extinguidos 50 incendios en los últimos siete (7) días. La reducción de las alertas frente a días anteriores se relaciona con las precipitaciones registradas recientemente en diferentes zonas del país debido a la onda tropical 52.

Por su parte, el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) en el Boletín de Pronóstico de la Amenaza por Incendios de la Cobertura Vegetal No. 272, emitido el 29 de septiembre de 2026¹, reportó alerta alta en Guadalajara de Buga y Valle del Cauca con alerta moderada en 17 municipios distribuidos en cuatro (4) departamentos.

En cuanto a la calidad del aire, con corte al 29 de septiembre de 2026, la herramienta del índice bogotano de calidad del aire y riesgo en salud (IBOCA), reporta dos estaciones con índice de calidad de aire (ICA) regular y 8 con ICA moderado, de 19 estaciones que se monitorean. La plataforma del Sistema de Alerta Temprana del área metropolitana Valle de Aburrá (SIATA), reporta todas sus estaciones con un ICA bajo.

En relación con los eventos de interés en salud pública (EISP) priorizados para el seguimiento de esta situación, a la semana epidemiológica (SE) 37 de 2026, no se identificaron incrementos inusuales.

De acuerdo con el análisis de la información ambiental y epidemiológica disponible, el INS estableció que los incendios evaluados durante la semana epidemiológica 38 de 2026 presentaron un nivel de riesgo bajo en Caldas, Boyacá, Valle del Cauca y Norte de Santander, mientras que en Tolima se determinó un nivel de riesgo moderado. En respuesta a este nivel de riesgo, el INS realizó una SARA el 25 de septiembre de 2026, orientada al seguimiento de la situación en el departamento.

Fuente: Circular Externa Conjunta 023 del 10 de julio de 2026, Ministerio de Salud y Protección Social; Reporte de incendios forestales en seguimiento de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), 28 de septiembre de 2026, 5:45 HCL; Boletín N°272 de Pronóstico de la amenaza por incendios de la cobertura vegetal del Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), 29 de septiembre de 2026, 12:00 HCL

Leishmaniasis visceral en residente de San Bernardo del Viento, Córdoba, septiembre 28 de 2026

Se confirmó un caso de leishmaniasis visceral en un hombre de 70 años, agricultor, residente en área rural dispersa de la vereda Villa Fátima, municipio de San Bernardo del Viento, Córdoba. El paciente presentó antecedente de síndrome febril prolongado, pancitopenia y hepatoesplenomegalia, inicialmente estudiado por sospecha de linfocitosis hemofagocítica. En agosto de 2026, el aspirado y la biopsia de médula ósea evidenciaron hallazgos compatibles con *Leishmania* spp., posteriormente corroborados mediante inmunofluorescencia indirecta reactiva.

El caso ingresó para valoración especializada el 9 de septiembre de 2026, documentándose anemia microcítica, leucopenia, neutropenia, hipoalbuminemia y proteína C reactiva elevada, con tamizaje para VIH no reactivo. Recibió tratamiento con anfotericina B liposomal, completando cinco dosis intrahospitalarias y continuando de manera ambulatoria para finalizar el esquema terapéutico.

La investigación epidemiológica identificó residencia permanente en zona rural bajo condiciones ambientales favorables para la presencia del vector. El paciente no refirió desplazamientos fuera del municipio durante el último año. En la vivienda se registró convivencia con cuatro caninos y cinco contactos intradomiciliarios, todos asintomáticos al momento de la evaluación.

[1] <https://www.ideam.gov.co/sala-de-prensa/boletines/Bolet%C3%ADn-de-Alertas-por-Pron%C3%B3stico-de-la-Amenaza-por-Incendios-de-la-Cobertura-Vegetal-%28BAICV%29>

Como respuesta sanitaria, el municipio desarrolló actividades de información, educación y comunicación dirigidas a la comunidad de la vereda Villa Fátima. Se encuentra pendiente la consolidación de los resultados del estudio de foco realizado entre el 24 y el 26 de septiembre de 2026, así como el seguimiento a la adherencia y respuesta clínica al tratamiento por parte del programa de enfermedades transmitidas por vectores (ETV).

Análisis epidemiológico: este evento resalta la importancia de mantener la sospecha clínica de leishmaniasis visceral en pacientes procedentes de áreas endémicas que presentan síndrome febril prolongado, citopenias y hepatoesplenomegalia, especialmente cuando los diagnósticos diferenciales iniciales incluyen enfermedades hematológicas o inmunológicas. La identificación oportuna y el tratamiento adecuado son fundamentales para reducir la morbilidad asociada a esta enfermedad.

Fuente: Informe de situación - Sitrep, Secretaría de salud de Córdoba, Colombia, 28 de septiembre de 2026.

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización del brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo. Ministerio de Salud Pública, Higiene y Bienestar Social. Fecha de publicación: 28 de septiembre de 2026

Desde el inicio del brote hasta el 27 de septiembre de 2026, en la República Democrática del Congo (RDC), se ha registrado un total acumulado de 8 116 casos confirmados, incluyendo 3 924 fallecimientos, lo que representa una letalidad del 48,3 %. El epicentro sigue siendo la provincia de Ituri, que concentra el 76,2 % de los casos confirmados en las siete provincias afectadas.

Hasta la fecha 63 de las 167 zonas sanitarias (37,7 %) se encuentran afectadas en las siete provincias. Ituri concentra 28 de las 36 zonas sanitarias afectadas, seguida de Kivu del Norte (16/34), Haut-Uélé (7/13), Tshopo (7/23), Kivu del Sur (1/34), Bas-Uélé (3/11) y Ubangi del Sur (1/16).

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Higiene y Bienestar Social. SitRep N°136/MVE-BDBV/27/09/2026. Fecha de publicación: 20 de septiembre de 2026. Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2026. Disponible en: https://administration.sante.gouv.cd/wp-content/uploads/2026/09/SitRep_MVEBDB_136_27_09_2026.pdf

Situación epidemiológica sobre sarampión en la región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 25 de septiembre de 2026

Entre la semana epidemiológica 01 y la 37 de 2026, la región de las Américas reportó 53 957 casos confirmados de sarampión en 17 países, lo que representa un aumento de 3,8 veces en comparación con el mismo período del 2025. Guatemala (con 38 866 casos), México (12 943), Estados Unidos (3 471), Perú (2292) y Canadá (1 120) concentran el 99,5 % de los casos confirmados. Se han notificado un total de 68 fallecimientos en el mismo periodo, de las cuales 45 ocurrieron en Guatemala, 22 en México y una (1) en Bolivia.

Durante las semanas epidemiológicas 35 y 36 de 2026, se reportaron 709 nuevos casos confirmados de sarampión en siete países y territorios, lo que representa una disminución del 43,0 % en comparación con el período anterior de dos semanas. Estos casos fueron reportados por Estados Unidos 290 casos, Perú 190 casos, Guatemala 176 casos, México 46 casos y Bolivia cinco (5) casos, mientras que Canadá y Colombia notificaron un (1) caso cada uno.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe de Situación Regional - N.º 12, Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 25 de septiembre de 2026. Fecha de consulta: 29 de septiembre de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-situacion-12-sarampion-region-americas-24-septiembre-2026>

45



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 38 de 2026

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 38

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	40	1	1	431	37	54	723	19	114	107	6	16	1	0	0	1	0	0	1	0	0
Antioquia	418	14	3	16405	1437	1686	3159	271	488	1151	115	160	30	4	4	221	64	14	65	5	5
Arauca	91	2	0	798	60	69	2344	98	334	732	24	92	30	1	7	1	2	0	25	3	1
Atlántico	64	4	0	3307	285	317	3124	235	588	1360	140	239	23	7	4	3	1	0	9	1	0
Barranquilla D.E.	11	0	0	3831	286	400	2545	210	262	1153	119	116	24	4	4	4	2	0	20	1	1
Bogotá D.C.	1	0	0	18872	1848	2058	0	0	0	0	0	0	0	0	0	86	21	15	2	0	0
Bolívar	194	6	2	2260	214	208	7542	289	1041	3119	146	455	101	7	12	3	0	0	3	0	0
Boyacá	57	0	0	5544	519	557	247	20	34	107	9	9	4	0	1	4	1	0	3	0	1
Buenaventura D.E.	16	0	0	106	12	7	135	30	26	49	13	15	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Caldas	52	1	1	3393	300	395	150	14	15	59	8	6	0	0	0	5	2	1	22	2	1
Santiago de Cali D.E.	8	0	0	4389	416	494	1093	565	142	401	228	47	8	6	2	3	52	0	80	2	1
Caquetá	131	3	2	950	93	97	410	39	19	214	20	13	12	0	3	0	0	0	5	1	0
Cartagena de Indias D.T.	19	0	0	2054	146	203	3072	362	288	589	167	53	31	9	3	1	0	0	2	1	0
Casanare	128	6	7	1725	136	175	3419	85	329	1021	35	103	22	2	4	1	3	0	7	1	0
Cauca	89	2	1	4912	452	431	199	52	38	67	19	12	7	1	2	4	3	0	12	0	0
Cesar	200	7	4	2560	205	309	6161	252	361	3465	157	167	47	6	6	2	1	1	28	3	0
Chocó	167	4	4	267	23	19	960	84	184	200	17	34	6	1	0	0	0	0	2	1	0
Córdoba	282	10	12	4200	382	391	2726	363	277	1188	179	134	12	3	1	1	1	0	3	0	0
Cundinamarca	72	1	2	12550	1107	1300	1489	137	284	575	68	114	17	1	5	14	8	2	7	1	1
Guainía	6	0	0	216	14	28	10	4	4	3	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	58	1	0	318	66	34	542	28	102	129	9	19	3	0	1	0	0	0	0	0	0
Huila	110	2	4	5552	388	590	981	149	133	388	57	50	49	5	8	7	2	0	27	2	0
La Guajira	106	3	3	1923	248	202	3103	115	47	1673	80	30	52	2	0	3	1	0	10	1	1
Magdalena	121	5	4	1942	191	170	4972	119	545	2450	79	238	35	2	5	1	3	0	5	1	1
Meta	213	2	5	3613	331	373	13182	336	1231	3939	121	359	112	3	6	7	10	0	17	3	0
Nariño	104	2	3	6196	547	649	609	70	57	243	22	25	5	1	1	3	1	0	8	1	0
Norte de Santander	256	8	1	5983	486	648	5298	312	780	1979	156	271	70	5	4	20	26	1	4	0	0
Putumayo	100	3	0	1551	139	163	367	45	74	97	13	17	7	0	3	0	0	0	4	0	0
Quindío	12	0	1	2701	226	264	326	24	71	83	9	19	10	0	4	2	2	0	3	0	0
Risaralda	50	1	1	3668	323	385	156	22	24	60	9	9	2	0	0	14	3	1	10	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	296	27	29	37	7	9	12	4	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	32	0	1	1602	133	151	2041	67	42	913	41	17	7	1	0	1	1	0	6	0	0
Santander	152	5	5	6799	561	723	5930	468	939	2295	207	348	41	5	5	74	6	6	7	0	1
Sucre	72	3	1	2295	197	215	1824	213	416	847	134	179	15	5	3	2	0	0	1	0	0
Tolima	114	2	2	6225	539	632	2619	358	501	858	160	201	37	4	11	5	2	1	17	1	1
Valle del Cauca	57	2	0	7630	634	781	1713	324	464	596	130	149	15	2	3	4	11	1	41	3	2
Vaupés	33	0	0	178	15	12	69	1	17	6	0	1	0	0	0	1	0	0	9	1	0
Vichada	39	3	1	198	24	32	105	19	23	30	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	3.675	103	71	147.440	13.049	15.251	83.382	5.806	10.303	32.158	2.707	3.728	838	87	114	500	231	43	465	35	17

47

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 38

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1697	256	64	2	1	0	4670	588	532	91	15	6	0	0	0	2186	318	219	12	14	12
Antioquia	6642	806	470	201	28	40	713229	77624	65525	27917	2852	2442	2875	729	496	307513	32476	36792	565	615	565
Arauca	171	7	8	6	2	0	17905	2485	2033	2334	179	365	44	5	17	6114	624	620	39	45	39
Atlántico	2	0	2	5	4	0	112634	12292	16074	2513	314	217	1663	280	232	44837	4121	4867	97	169	97
Barranquilla D.E.	0	0	0	15	11	2	158836	18430	19542	9031	579	1180	1246	289	362	56390	5504	5472	146	200	146
Bogotá D.C.	0	0	0	156	38	36	1173962	132965	145533	53035	4789	4716	6801	1374	1282	576224	58273	76819	552	578	552
Bolívar	1512	108	84	23	4	6	97209	11962	9126	2362	288	205	320	103	60	22728	2467	2088	153	162	153
Boyacá	166	0	7	28	6	7	91306	12799	9632	5305	489	536	315	83	79	37382	3758	5040	86	101	86
Buenaventura D.E.	1322	175	148	13	2	2	7738	1100	812	34	9	1	8	1	0	2385	269	230	41	58	41
Caldas	9	2	0	24	2	6	59163	8036	5162	2435	255	152	931	152	135	25690	2564	2876	59	70	59
Santiago de Cali D.E.	3	1	1	83	13	11	168074	20857	15019	4838	510	534	449	60	60	75109	9202	7291	191	218	191
Caquetá	275	13	17	18	3	2	24117	3294	1939	1747	160	120	21	9	6	12157	1314	1825	36	45	36
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	17	4	4	128301	18608	15226	8696	456	634	1373	255	305	39254	3854	4845	117	172	117
Casanare	25	1	0	8	1	0	19467	2814	2137	311	80	26	110	17	18	8054	877	815	36	56	36
Cauca	1736	240	133	39	3	7	72340	9581	6444	3331	271	246	172	72	39	27567	5080	2760	143	179	143
Cesar	10	2	0	41	3	11	79132	10709	7630	4190	705	442	302	150	70	18228	2196	1778	163	195	163
Chocó	21239	2250	2454	16	2	2	18297	1869	1497	986	150	94	30	4	7	12968	1010	1372	112	130	112
Córdoba	3719	813	288	25	3	8	152129	14996	16322	7981	644	743	1421	309	369	34325	3837	3116	187	279	187
Cundinamarca	0	0	0	61	9	9	257239	28219	28174	11670	982	923	804	263	157	122337	12642	14009	267	297	267
Guainía	377	207	207	0	0	0	1313	193	125	75	21	3	0	0	0	1155	116	110	16	14	16
Guaviare	1066	97	95	3	1	2	4891	568	598	846	44	92	52	10	8	3395	232	412	7	11	7
Huila	0	0	0	25	6	2	61251	10107	6126	3973	375	436	511	85	119	30069	4076	3820	119	130	119
La Guajira	12	2	1	11	1	4	207210	13876	23660	2839	572	258	480	55	52	31727	4015	3425	218	290	218
Magdalena	12	1	1	14	2	4	92898	8870	9304	3228	257	455	22	6	7	26050	2810	2517	90	136	90
Meta	1294	36	70	12	3	4	65528	6762	7158	2648	223	289	185	90	36	34596	3937	3534	104	131	104
Nariño	2709	743	180	65	9	16	85743	13635	8693	5970	398	558	145	40	30	35460	5296	3632	119	147	119
Norte de Santander	770	111	72	74	10	16	115121	12143	8809	7973	748	584	672	133	109	40202	4942	4293	121	166	121
Putumayo	57	4	0	7	2	2	29636	2415	3014	1155	112	176	39	5	7	10627	1029	860	26	45	26
Quindío	2	2	0	10	3	1	36422	5656	2957	1969	202	121	369	58	49	24000	2635	2659	41	43	41
Risaralda	1931	356	61	57	3	8	75467	9118	4367	2373	313	126	225	53	24	29230	3401	2756	78	75	78
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2	1	1	4545	680	489	549	69	33	15	0	6	2036	252	351	5	10	5
Santa Marta D.T.	0	0	0	13	3	4	42288	3101	4258	2720	215	250	613	149	110	14989	1301	1409	65	68	65
Santander	12	1	0	112	9	33	186890	16314	17424	13015	1237	1344	1919	387	395	72086	6533	8004	123	164	123
Sucre	40	7	4	23	3	8	73868	9074	7503	5390	792	457	763	272	184	19262	2355	1925	103	133	103
Tolima	16	0	3	15	3	3	101048	10877	9680	6963	479	517	351	62	77	46670	4529	5634	78	113	78
Valle del Cauca	18	10	1	35	6	7	98270	12164	7447	2703	259	176	780	121	73	53182	5455	5698	128	152	128
Vaupés	1023	237	308	7	1	0	4640	439	494	103	14	9	0	1	0	2078	123	228	6	11	6
Vichada	1349	123	62	2	1	0	2187	415	263	6	3	0	1	0	1	1192	145	106	30	28	30
Total nacional	51.401	6.864	4.479	1.268	205	268	4.644.964	525.635	490.728	213.305	20.060	19.466	26.027	5.674	4.981	1.909.454	203.568	224.207	4.479	5.448	4.479

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 38

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1	0	0	0	0	0	1	1	0	6	0	0	83	5	16	1	0	0
Antioquia	9	10	0	435	54	29	15	5	2	1052	48	36	2031	203	166	327	46	25
Arauca	2	1	0	23	1	2	0	1	0	36	1	1	157	13	41	49	19	2
Atlántico	2	3	0	57	5	3	0	0	0	24	1	2	627	76	83	33	1	2
Barranquilla D.E.	1	2	0	129	9	6	1	0	0	49	4	6	777	82	58	76	5	6
Bogotá D.C.	18	10	2	1109	113	100	689	5	31	980	72	40	3677	371	350	1440	264	162
Bolívar	6	3	0	33	2	3	2	0	0	29	3	3	350	45	27	15	1	0
Boyacá	4	2	0	135	16	20	15	1	1	129	3	8	559	64	51	171	38	24
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	25	1	3	1	0	0
Caldas	2	1	0	34	7	4	2	1	0	20	1	0	352	31	31	13	1	2
Santiago de Cali D.E.	1	3	0	100	20	3	0	0	0	37	2	3	748	91	40	85	5	8
Caquetá	0	2	0	23	3	2	1	0	0	5	0	2	168	17	14	7	3	2
Cartagena de Indias D.T.	1	2	0	47	5	4	0	0	0	56	2	4	359	61	35	30	1	0
Casanare	2	2	0	42	2	4	1	0	0	45	0	0	197	25	31	19	5	6
Cauca	2	3	0	46	9	4	3	0	1	33	1	2	220	23	19	96	18	23
Cesar	1	4	0	64	4	4	0	0	0	69	2	1	523	35	34	18	0	1
Chocó	0	1	0	3	0	0	0	1	0	115	6	3	22	5	3	11	2	1
Córdoba	3	4	0	140	14	6	0	0	0	18	2	3	993	131	98	42	5	1
Cundinamarca	4	6	0	318	34	38	236	2	6	174	17	14	1867	163	198	258	53	30
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	0	1	31	1	15	1	0	0
Guaviare	1	0	0	6	1	1	1	1	0	3	0	1	30	6	1	7	2	1
Huila	6	3	0	108	13	7	12	1	0	33	4	2	458	45	48	24	5	8
La Guajira	0	3	0	25	2	3	0	0	0	33	2	1	338	30	34	20	2	0
Magdalena	1	2	0	19	2	1	0	1	0	18	1	2	262	28	17	4	0	0
Meta	5	2	0	53	7	3	12	1	0	114	8	5	359	55	46	34	3	6
Nariño	7	3	0	100	13	9	2	1	0	68	5	8	653	60	101	22	1	1
Norte de Santander	4	3	1	133	14	7	0	0	0	98	5	1	1160	93	86	61	15	6
Putumayo	3	1	0	37	3	2	1	1	0	22	1	0	124	16	18	18	3	5
Quindío	0	1	0	39	4	1	1	1	0	21	1	2	250	27	12	43	8	10
Risaralda	2	1	0	40	4	4	1	1	0	78	3	0	360	41	22	18	0	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	5	0	1	0	1	0	3	0	0	68	7	12	1	0	0
Santa Marta D.T.	1	2	0	13	1	0	0	1	0	15	9	2	185	14	8	8	1	0
Santander	4	4	0	58	8	6	1	0	0	172	9	7	861	75	89	89	13	7
Sucre	3	2	1	40	5	1	3	1	0	31	11	1	415	58	44	29	1	1
Tolima	5	2	0	37	6	6	7	1	0	24	2	3	522	69	64	39	6	6
Valle del Cauca	3	4	0	118	12	3	1	0	0	12	1	0	803	80	66	38	11	6
Vaupés	0	0	0	3	0	0	1	1	0	108	3	4	28	1	5	3	1	0
Vichada	0	0	0	2	0	2	4	1	0	26	1	0	73	1	1	1	0	0
Total nacional	107	86	4	3.575	393	289	1.014	21	41	3.762	223	168	20.715	2.131	1.987	3.152	539	355

49

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 38

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis Cutanea	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	47	38	0	0	63	65	12	9
Antioquia	1	1	0	0	1656	2005	0	3	4220	4451	830	474
Arauca	1	0	0	0	209	131	0	0	139	166	15	10
Atlántico	1	0	0	0	317	256	0	0	735	718	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	196	160	0	0	730	752	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	2429	1882	0	1	4218	4674	0	0
Bolívar	0	2	0	0	382	441	0	0	449	412	308	290
Boyacá	2	0	0	0	384	426	0	0	831	741	141	78
Buenaventura D.E.	0	1	0	0	120	101	0	0	75	80	15	24
Caldas	0	0	0	0	144	145	0	0	914	938	155	76
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	374	379	0	0	1354	1517	1	0
Caquetá	0	0	0	0	142	107	0	0	195	159	201	120
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	277	435	0	0	440	472	1	1
Casanare	7	0	0	0	242	167	0	0	233	226	6	6
Cauca	0	0	0	0	244	271	0	0	666	685	42	18
Cesar	3	0	0	0	598	770	0	0	457	466	161	256
Chocó	0	0	0	0	649	704	0	0	94	138	185	142
Córdoba	1	2	0	0	436	487	0	0	839	887	151	93
Cundinamarca	1	0	0	0	979	906	0	0	1838	2215	149	79
Guainía	0	0	0	0	43	20	0	0	23	24	13	8
Guaviare	0	0	0	0	75	51	0	0	47	51	242	136
Huila	0	0	0	0	338	301	0	1	642	649	7	10
La Guajira	0	0	0	0	1529	1250	0	0	240	289	21	24
Magdalena	0	0	0	0	494	489	0	0	294	324	6	9
Meta	1	0	0	0	331	350	0	0	564	514	154	89
Nariño	0	0	0	0	520	588	0	0	1150	1153	174	89
Norte de Santander	1	1	0	0	538	447	0	0	876	978	171	109
Putumayo	0	0	0	0	149	141	0	0	239	200	191	42
Quindío	0	0	0	0	78	73	0	0	400	383	1	0
Risaralda	0	0	0	0	321	424	0	0	964	911	88	60
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	11	0	0	22	27	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	94	125	0	0	236	258	9	12
Santander	3	0	0	0	372	378	0	0	1287	1351	503	663
Sucre	1	0	0	0	214	323	0	0	389	365	81	69
Tolima	1	0	0	0	277	278	0	0	920	872	179	73
Valle del Cauca	0	0	0	0	387	439	0	0	1042	1115	13	4
Vaupés	0	0	0	0	46	20	0	0	62	69	31	11
Vichada	0	0	0	0	220	173	0	0	21	28	26	31
Total nacional	27	7	0	0	15.859	15.692	1	5	27.909	29.323	4.098	3.118

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 38

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	0	0	1	0	3	1	1	0	1	3
Antioquia	13	6	15	12	6	4	22	24	11	8	102	409
Arauca	0	0	1	0	0	1	3	0	1	0	4	1
Atlántico	2	0	6	1	1	0	6	3	5	0	24	24
Barranquilla D.E.	4	4	4	0	1	1	5	7	2	1	18	21
Bogotá D.C.	2	4	14	12	1	1	28	25	0	1	116	864
Bolívar	2	0	6	1	2	1	7	11	6	3	18	5
Boyacá	0	2	3	2	1	0	4	3	1	0	19	18
Buenaventura D.E.	2	1	2	1	0	3	3	2	2	2	5	3
Caldas	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	15	11
Santiago de Cali D.E.	0	2	4	1	1	0	7	1	1	1	33	39
Caquetá	4	2	2	3	0	0	6	2	3	0	6	6
Cartagena de Indias D.T.	4	1	4	4	1	0	7	7	2	0	15	32
Casanare	0	0	1	3	1	0	1	3	1	0	7	9
Cauca	0	2	6	4	4	2	8	3	1	2	23	3
Cesar	3	0	9	4	5	3	7	10	10	10	22	27
Chocó	0	3	9	6	20	11	26	31	33	20	9	12
Córdoba	3	1	7	2	1	1	11	13	7	1	29	27
Cundinamarca	2	4	8	6	0	0	8	6	0	0	52	128
Guainía	0	0	1	0	1	0	2	0	1	1	1	1
Guaviare	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Huila	4	0	3	2	0	1	4	3	3	0	18	42
La Guajira	1	1	15	10	20	14	32	22	35	22	16	2
Magdalena	1	0	6	5	1	4	9	7	12	3	14	5
Meta	1	1	4	1	1	1	5	9	6	2	17	28
Nariño	1	2	8	4	2	2	7	6	3	0	25	36
Norte de Santander	3	0	6	0	2	0	4	3	3	0	25	57
Putumayo	1	0	1	1	1	2	2	0	1	1	6	7
Quindío	3	1	1	2	0	0	2	1	0	0	8	12
Risaralda	4	1	3	3	7	2	6	13	6	1	15	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Santa Marta D.T.	1	1	3	2	1	1	3	1	0	1	9	18
Santander	4	0	4	0	0	1	6	2	1	0	35	37
Sucre	2	1	3	3	0	1	5	1	2	0	15	17
Tolima	7	5	4	5	1	2	6	4	1	1	20	34
Valle del Cauca	4	1	2	1	2	2	8	4	3	1	30	53
Vaupés	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	1	1
Vichada	0	0	2	1	2	2	4	2	8	8	2	0
Total nacional	341	355	165	102	95	65	288	230	168	90	780	2.007

51

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 38

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	3	2	16	18	0	0	47	56	1	2	485	423
Antioquia	116	104	923	1081	2	1	2840	3624	93	102	17440	14744
Arauca	24	12	132	113	0	0	109	109	1	1	937	1042
Atlántico	33	20	267	247	1	0	367	494	15	26	1925	1842
Barranquilla D.E.	33	15	293	253	1	2	641	761	18	28	1958	2282
Bogotá D.C.	84	84	667	780	0	0	997	1116	27	30	24175	23609
Bolívar	35	18	231	209	2	3	152	167	3	2	1823	1820
Boyacá	18	7	76	68	0	1	136	170	2	2	3314	3270
Buenaventura D.E.	18	12	107	95	0	0	129	156	5	6	274	234
Caldas	15	11	105	120	0	0	252	262	4	4	2380	2600
Santiago de Cali D.E.	21	25	361	483	0	0	1145	1119	39	35	5726	4688
Caquetá	6	4	64	66	0	0	199	223	5	8	849	756
Cartagena de Indias D.T.	55	31	271	315	1	0	333	428	4	7	1145	1448
Casanare	30	20	106	134	0	0	121	153	4	4	677	853
Cauca	16	10	139	169	0	1	232	223	3	1	2581	2610
Cesar	30	20	242	219	1	0	338	369	4	10	1539	1634
Chocó	38	25	184	157	0	0	176	189	2	2	339	418
Córdoba	21	16	232	212	2	0	216	248	5	3	2623	2676
Cundinamarca	49	30	292	369	0	0	409	517	12	12	10779	11656
Guainía	5	6	15	10	0	0	17	16	0	0	163	147
Guaviare	4	2	19	13	0	0	30	46	1	0	233	332
Huila	13	11	115	143	0	1	327	359	7	6	4628	4937
La Guajira	46	29	292	235	0	1	422	597	6	10	1061	1130
Magdalena	23	9	177	183	2	0	139	163	2	5	1062	1103
Meta	37	48	192	206	0	0	522	553	18	22	1925	2065
Nariño	11	11	167	180	1	1	141	210	4	6	3465	3867
Norte de Santander	66	26	372	330	0	0	565	709	12	11	2992	3231
Putumayo	4	6	71	67	0	1	84	96	3	1	1080	1299
Quindío	9	10	73	74	0	0	216	232	4	8	2023	1911
Risaralda	22	10	136	156	0	2	484	537	18	8	2808	2699
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	6	6	0	0	9	13	0	1	180	191
Santa Marta D.T.	14	11	96	173	0	0	210	265	3	2	520	483
Santander	49	21	328	353	0	0	847	1066	22	15	4880	5364
Sucre	12	13	155	129	1	2	80	76	1	2	1363	1365
Tolima	19	19	124	139	1	1	441	570	11	13	2471	2686
Valle del Cauca	29	20	246	315	0	0	561	800	16	19	5552	5484
Vaupés	1	2	3	5	0	0	15	23	0	0	229	344
Vichada	6	6	28	31	0	0	27	21	1	0	200	196
Total nacional	1.039	726	7.323	7.856	13	17	13.973	16.736	375	414	117.804	117.439



Semana epidemiológica 38

20 al 26 de septiembre de 2026

TEMA CENTRAL Vigilancia Integrada de la rabia

Directora General INS
Dra. Zulma Milena Cucunubá Pérez

Expertos temáticos
Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Greace Alejandra Ávila Mellizo
Subdirectora (E) de Vigilancia, Control y Prevención

Luis Carlos Gómez Ortega
Subdirector (E) de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en
Salud Pública

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



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co

BES

Boletín Epidemiológico Semanal



Boletín Epidemiológico Semanal

Autores: tema central: Andrés Felipe Martínez Vega, José Leonardo Gómez Gómez. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz, Natalí Paola Cortés Molano. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Natalí Paola Cortés, Germán Ernesto Torres, María Alejandra Cabrera, Claudia Marcela Montañó Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Lady Alexandra Castillo Vargas. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Luis Carlos Gómez Ortega. **Corrector de estilo:** María Fernanda Campos Maya. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza Criollo.

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

53 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.38>