

Comportamiento de la infección respiratoria aguda

La vigilancia salva vidas: detectar oportunamente las infecciones respiratorias permite prevenir complicaciones y proteger la vida.

Semana
epidemiológica

39

27 de septiembre al 03 de octubre de 2026



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

3

Comportamiento de la infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2026



Situación nacional

12



Mortalidad

14



Eventos trazadores

22



Brotes y alertas

41



Tablas de mando por departamento

46



TEMA CENTRAL

Comportamiento de la infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2026

*Diana Marcela Forero Ombita, dforero@ins.gov.co
Ximena Castro Martínez, xcastro@ins.gov.co*

La infección respiratoria aguda (IRA) continúa representando uno de los principales eventos de interés en salud pública debido a su elevada carga de enfermedad, especialmente en niños menores de cinco años, adultos mayores y personas con condiciones de riesgo. En el contexto epidemiológico actual de las Américas, la vigilancia integrada de virus respiratorios adquiere especial relevancia ante la circulación simultánea de agentes como el virus sincitial respiratorio (VSR), los virus de influenza y otros patógenos respiratorios con potencial de incrementar la demanda de atención médica y hospitalaria (1-2).

La alerta epidemiológica emitida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 01 de julio de 2026, advierte sobre el aumento de la actividad de influenza y VSR en varios países de la región, así como el riesgo de un incremento en las consultas ambulatorias, las hospitalizaciones y la ocupación de camas pediátricas y de cuidados intensivos asociado a la co-circulación de estos virus respiratorios. Asimismo, la OPS/OMS destaca la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica y virológica para detectar oportunamente cambios en los patrones de circulación viral e identificar grupos con mayor riesgo de complicaciones (1-2). Para Colombia, país integrante de la subregión andina, este escenario resalta la importancia de mantener una vigilancia continua de las IRA mediante la integración de información epidemiológica, clínica y de laboratorio, permitiendo monitorear la circulación de influenza, VSR, SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios (1-2).

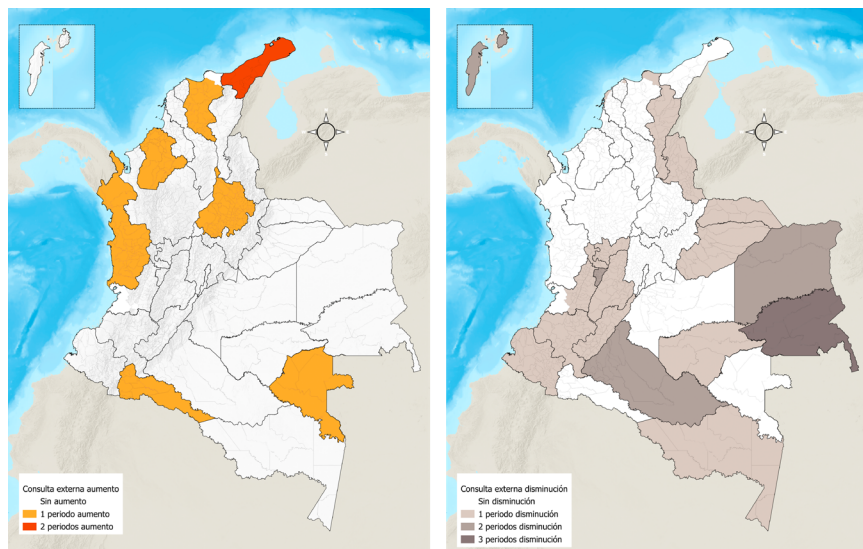
En este contexto, el fortalecimiento de la vigilancia de IRA en Colombia constituye una herramienta fundamental para la detección temprana de cambios epidemiológicos, la evaluación del impacto de los virus respiratorios circulantes, la orientación de las estrategias de prevención, control y la preparación de la respuesta de los servicios de salud frente a los períodos de mayor transmisión. Lo anterior es consistente con las recomendaciones de la OPS/OMS de consolidar sistemas de vigilancia integrados, oportunos y sensibles que permitan anticipar riesgos y proteger a las poblaciones más vulnerables (1-2).

Comportamiento de la morbilidad por IRA

En análisis del comportamiento inusual de las entidades territoriales frente a los incrementos o disminuciones sostenidos por más de cuatro semanas epidemiológicas, con corte a la semana epidemiológica 38 de 2026, se observó un predominio de disminuciones sostenidas en la atención por consulta externa y urgencias, mientras que los incrementos se concentraron principalmente en los servicios de hospitalización. En consulta externa y urgencias, La Guajira registró incrementos durante dos períodos epidemiológicos consecutivos, mientras

que Magdalena, Córdoba, Chocó, Santander, Vaupés y Putumayo presentaron incrementos durante un período epidemiológico. En contraste, Guainía acumuló tres periodos epidemiológicos de disminución, seguido de Caquetá y Quindío con dos periodos epidemiológicos cada uno (mapa 1).

Mapa 1. Comportamiento inusual mayor a cuatro semanas epidemiológicas, consulta externa y urgencias, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2026

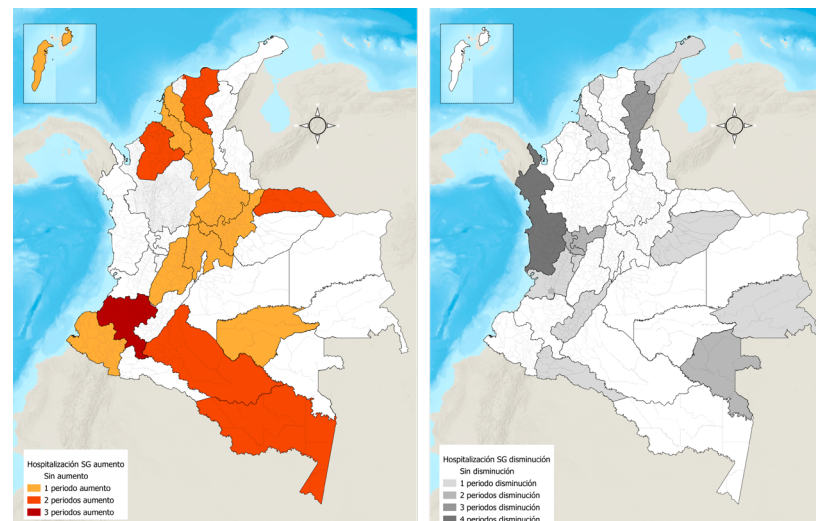


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 995, Semanas epidemiológicas 01 a 38, 2026

En hospitalización en sala general, Cauca registró tres periodos epidemiológicos de incremento, mientras que Amazonas, Caquetá, Arauca, Magdalena y Córdoba registraron incremento durante dos periodos epidemiológicos. Por su parte, Chocó registró disminuciones durante cuatro periodos epidemiológicos consecutivos, Norte de Santander durante tres; Vaupés, Risaralda y Caldas durante dos (mapa 2).

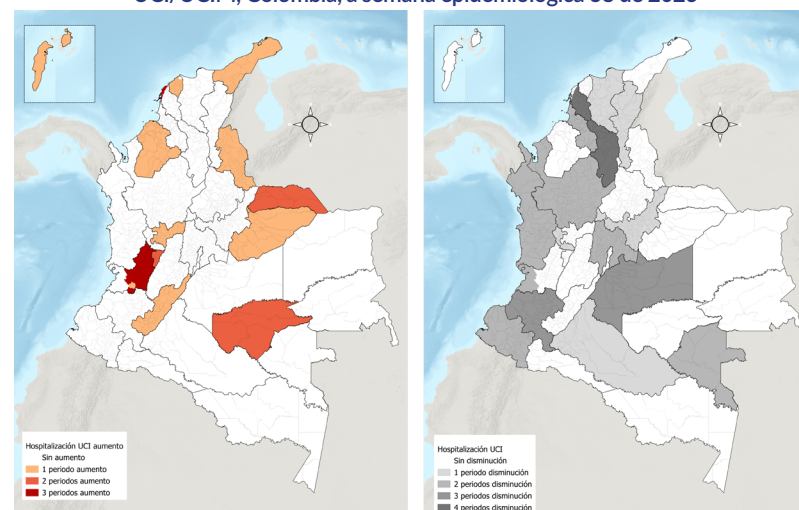
En hospitalización en unidad de cuidados intensivos (UCI) y unidad de cuidados intensivos intermedios (UCIM), Valle del Cauca registró incrementos durante tres periodos epidemiológicos, seguido de Guaviare y Arauca con dos. En contraste, Bolívar presentó disminuciones durante cuatro periodos epidemiológicos, mientras que Meta y Cauca registraron tres periodos epidemiológicos de disminución sostenida (mapa 3).

Mapa 2. Comportamiento inusual mayor a cuatro semanas epidemiológicas, hospitalización en sala general, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 995, Semanas epidemiológicas 01 a 38, 2026

Mapa 3. Comportamiento inusual mayor a cuatro semanas epidemiológicas, hospitalización en UCI/UCIM, Colombia, a semana epidemiológica 38 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 995, Semanas epidemiológicas 01 a 38, 2026
UCI: unidad de cuidados intensivos, UCIM: unidad de cuidados intermedios

Frente al comportamiento de los grupos de edad priorizados durante 2026, la población mayor de 60 años registró atenciones por IRA en consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general por encima del umbral estacional durante gran parte del primer semestre, con valores cercanos o superiores al límite superior en las primeras semanas del año. Posteriormente, se observó una tendencia al descenso, alcanzando niveles cercanos al umbral estacional desde la semana epidemiológica 28. En hospitalización en UCI/UCIM, el comportamiento se mantuvo dentro de lo esperado, con una reducción progresiva a partir de la semana epidemiológica 16.

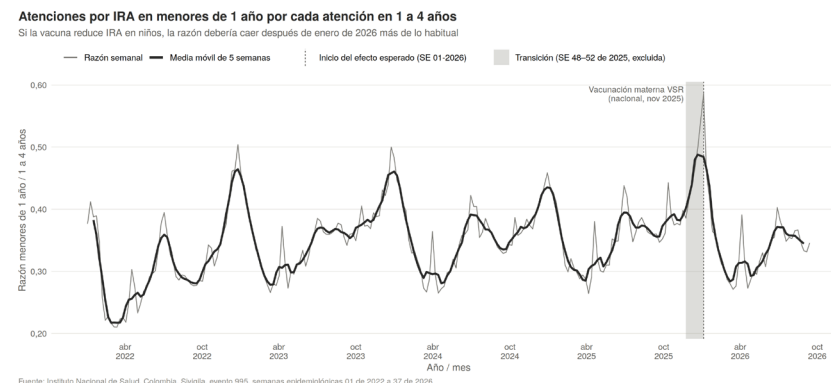
Por su parte, en la población menor de 5 años, las atenciones por consulta externa y urgencias permanecieron por debajo del umbral estacional durante todo el año, mientras que las hospitalizaciones en sala general y UCI/UCIM presentaron incrementos entre las semanas epidemiológicas 07 y 25. A partir de la semana epidemiológica 26, ambos servicios mostraron un descenso progresivo, ubicándose en niveles cercanos al límite inferior.

Para evaluar el posible efecto de la vacunación materna contra el VSR, implementada en noviembre de 2025, se realizó un análisis de series de tiempo interrumpidas con grupo control a partir de la notificación colectiva de morbilidad por IRA. Se analizaron las semanas epidemiológicas 01 de 2022 a 37 de 2026 en consulta externa y urgencias y 01 de 2022 a 38 de 2026 en hospitalización en sala general. Como grupo intervenido se consideraron los menores de un año, potencialmente beneficiados por la inmunidad pasiva conferida por la vacunación materna, y como grupo control los niños de 1 a 4 años. El análisis se fundamentó en la razón semanal de atenciones entre ambos grupos etarios, por servicio:

$$R_t = \frac{\text{"Atenciones en menores de 1 año en la semana t"}}{\text{"Atenciones en niños de 1 a 4 años en la semana t"}}$$

En consulta externa y urgencias, la razón de atenciones mantuvo el comportamiento estacional observado en años previos. Durante 2026, en el pico de mitad de año, la razón alcanzó un valor de 0,37 en la semana epidemiológica 26 y, para septiembre, esta osciló entre 0,33 y 0,35, mientras que en las mismas semanas epidemiológicas de 2025 fue de 0,37. En el acumulado de las semanas epidemiológicas 01 a 38, la razón disminuyó de 0,34 en 2025 a 0,33 en 2026, equivalente a una reducción del 2,6 % (figura 1).

Figura 1. Razón de atenciones por IRA en menores de un año por cada atención en consulta externa y urgencias en el grupo de edad de 1 a 4 años, semanas epidemiológicas 01 de 2022 a 38 de 2026



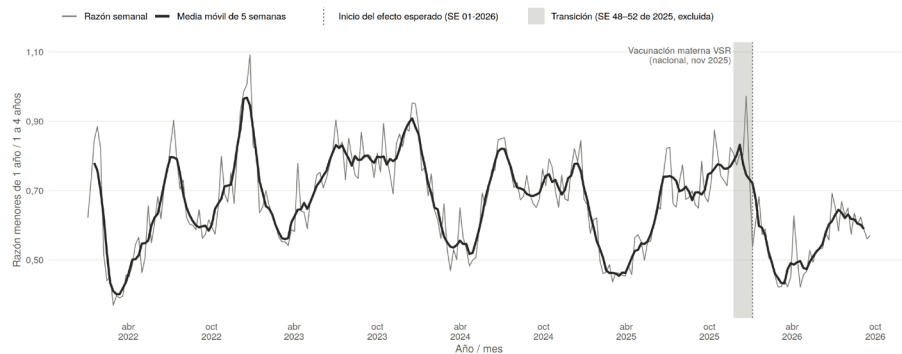
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 995, Semanas epidemiológicas 01 2022 -2025, a 38 de 2026

En contraste, en las hospitalizaciones en sala general se evidenció una reducción más marcada. La razón máxima registrada en 2026 fue de 0,65 en la semana epidemiológica 28, inferior a la observada en la misma semana epidemiológica de 2025 (0,74). Asimismo, entre las semanas epidemiológicas 35 y 38, la razón fue de 0,586 en 2026, mientras que en las mismas semanas de 2025 fue de 0,67. En el acumulado de las semanas epidemiológicas 01 a 38, la razón descendió de 0,594 en 2025 a 0,535 en 2026, lo que representa una reducción del 10,0 %. Estos hallazgos sugieren una disminución relativa de las hospitalizaciones por IRA en menores de un año respecto al grupo control, compatible con un posible efecto de la vacunación materna contra el VSR. No obstante, dada la naturaleza ecológica del análisis y la presencia potencial de factores de confusión, los resultados no permiten establecer una relación causal directa (figura 2).

Figura 2. Razón de atenciones por IRA en menores de un año por cada hospitalización en sala general en el grupo de edad de 1 año a 4 años, antes y después de la vacunación materna contra el VSR, semanas epidemiológicas 01 de 2022 a 38 de 2026

Hospitalizaciones por IRA en menores de 1 año por cada hospitalización en 1 a 4 años

Si la vacuna reduce IRA en niños, la razón debería caer después de enero de 2026 más de lo habitual



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 995, semanas epidemiológicas 01 de 2022 a 38 de 2026

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 995, Semanas epidemiológicas 01 2022-2025, a 38 de 2026

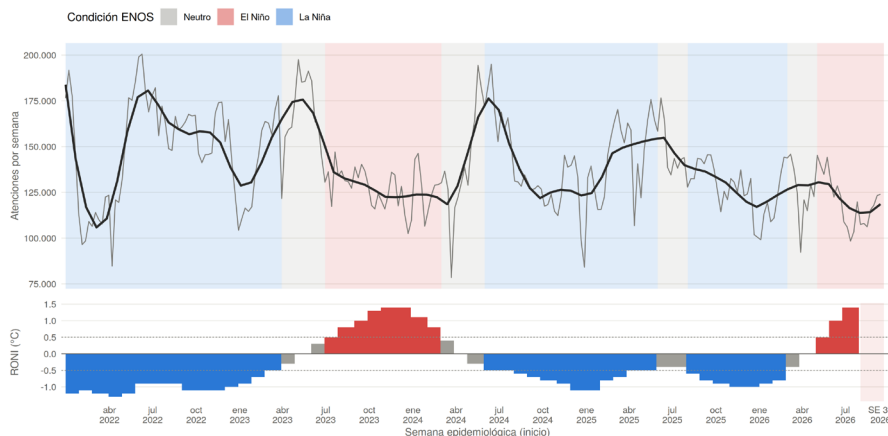
VSR: virus sincitial respiratorio

Para evaluar la posible asociación entre las condiciones climáticas y la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA), se analizaron las atenciones semanales en consulta externa y urgencias entre las semanas epidemiológicas 01 de 2022 y 37 de 2026 según la fase del El Niño-Oscilación del Sur (ENOS), definida mediante el Índice Oceánico Relativo de El Niño (RONI) de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica de los Estados Unidos (NOAA) (3). Durante el periodo estudiado se identificaron dos episodios de El Niño y tres de La Niña. Las semanas bajo condiciones de El Niño se asociaron con menores niveles de atención por IRA, sin observarse el incremento estacional de mitad de año registrado en otros periodos; en 2026 se alcanzaron los valores más bajos de la serie. En promedio, se notificaron 124 700 atenciones semanales durante El Niño, frente a 141 500 en La Niña y 146 900 en condiciones neutrales, lo que sugiere menores atenciones de IRA durante fases cálidas del ENOS (figura 3).

Figura 3. Atenciones por IRA en consulta externa y urgencias, población general y condición ENOS (RONI), semanas epidemiológicas 01 de 2022 a 37 de 2026

Atenciones por IRA y condición ENOS — población general

Periodo: SE 01-2022 a SE 37-2026 (hasta el 19/09/2026). Serie semanal (gris) y tendencia LOESS (negro); fondo según condición ENOS



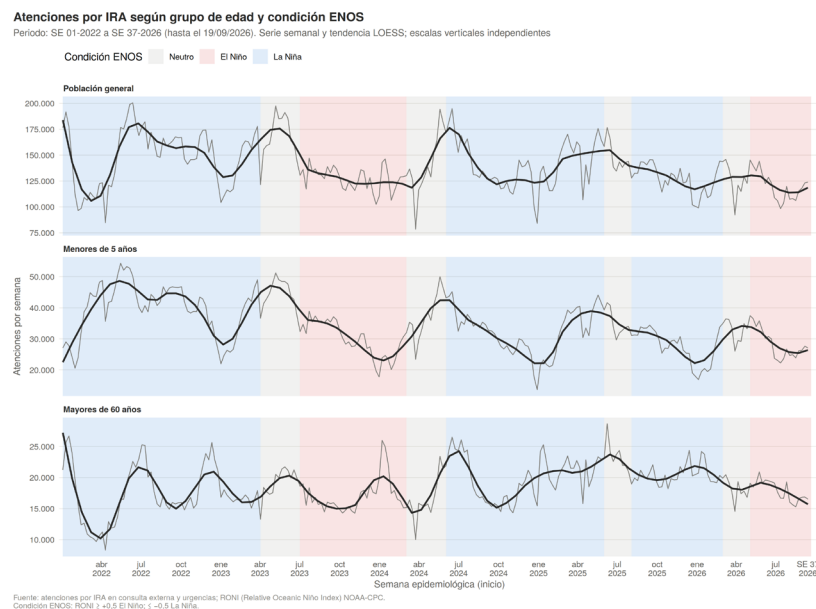
Fuente: atenciones por IRA en consulta externa y urgencias; RONI (Relative Oceanic Niño Index) NOAA-CPC. Condición ENOS: RONI $\geq +0.5$ El Niño; ≤ -0.5 La Niña. Franja sombreada final: SE 31-37-2026 con condición El Niño (NOAA El Niño Advisory) y RONI trimestral aún no publicado.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 995, Semanas epidemiológicas 01 2022-2025. National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA), Climate Prediction Center: Relative Oceanic Niño Index (RONI).

Enos: El Niño-Oscilación del Sur
RONI: Índice Oceánico Relativo de El Niño

Al desagregar por grupo de edad, el comportamiento fue similar al de la población general, en los periodos de El Niño las atenciones por IRA en consulta externa y urgencias tendieron a disminuir. En menores de 5 años, el promedio semanal fue de 29 300 atenciones en El Niño, frente a 34 600 en La Niña y 38 100 en condición neutral (sin afectación de los fenómenos climáticos); en el episodio de 2023 a 2024 la tendencia descendió hasta cerca de 23 000 atenciones y en 2026 hasta unas 26 000. En mayores de 60 años, el promedio fue de 17 400 atenciones en El Niño, frente a 18 900 en La Niña y 19 100 en condición neutral, con un descenso sostenido desde mayo de 2026 (figura 4).

Figura 4. Atenciones por IRA según grupo de edad por condición ENOS frente a semanas neutras*, semana epidemiológica 01 2022 a 37 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Savigila, evento 995, Semanas epidemiológicas 01 2022 -2025, a 37 2026. National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA), Climate Prediction Center: Relative Oceanic Niño Index (RONI).

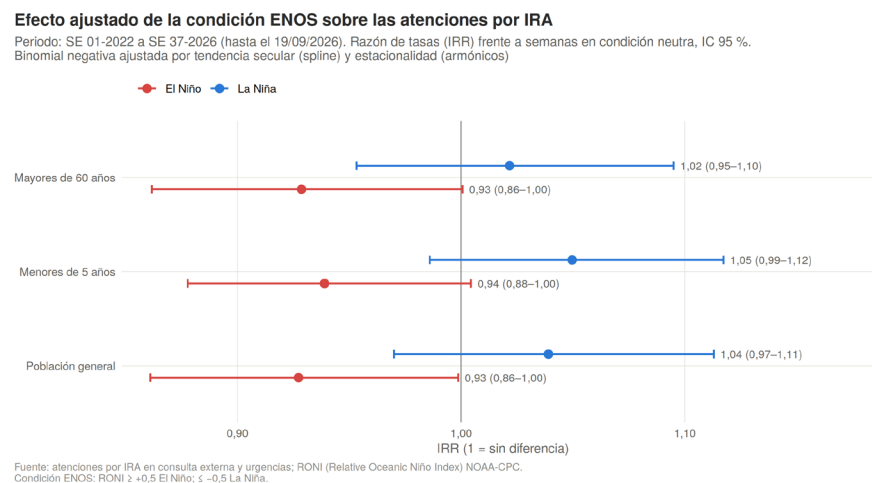
*Semanas neutras: semana con RONI entre $-0,5^{\circ}\text{C}$ y $+0,5^{\circ}\text{C}$, sin condición de El Niño ni de La Niña; es la categoría de referencia de la razón de tasas

Al ajustar por la tendencia temporal y la estacionalidad mediante un modelo de regresión binomial negativa, las semanas con condición de El Niño se asociaron con una reducción del 7,3 % en las atenciones por IRA en comparación con las semanas neutras (razón de tasas de incidencia [IRR] = 0,927; IC 95 %: 0,861–0,999; $p = 0,046$). Esta asociación fue estadísticamente significativa, aunque en el límite de la significancia. En los periodos de La Niña no se observó una asociación estadísticamente significativa (IRR = 1,039; IC 95 %: 0,970–1,113; $p = 0,275$).

Estos resultados sugieren que el episodio de El Niño registrado en 2026 no estaría relacionado con un aumento de la demanda de atención por IRA. Sin embargo, los hallazgos corresponden a una asociación ecológica y no permiten establecer causalidad. Además, el análisis no incluyó otros factores potencialmente relevantes, como los incendios forestales y el incremento de material particulado en el aire, fenómenos favorecidos por las condiciones de

El Niño, por lo que las entidades territoriales deben mantener la capacidad de respuesta ante posibles incrementos localizados de enfermedad respiratoria en las áreas afectadas (figura 5).

Figura 5. Atenciones por IRA según grupo de edad y razón de tasas por condición ENOS frente a semanas neutras*, semana epidemiológica 01 de 2022 a la 37 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Savigila, evento 995, Semanas epidemiológicas 01 2022 -2025, a 37 2026. National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA), Climate Prediction Center: Relative Oceanic Niño Index (RONI)

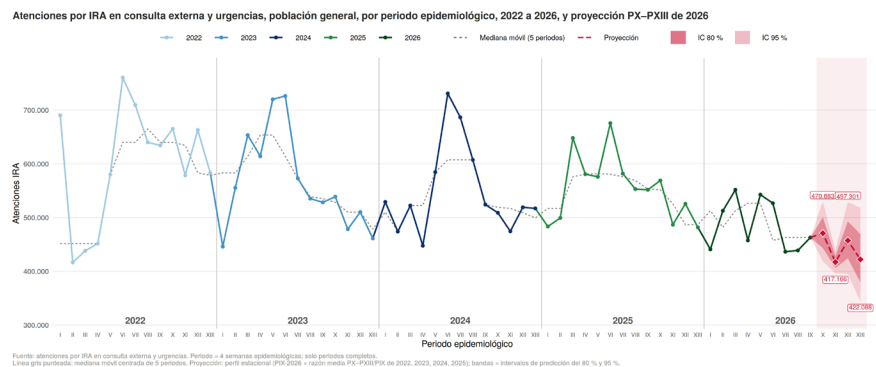
ENOS: El Niño-Oscilación del Sur

IRR: razón de tasas

*Semanas neutras: semana con RONI entre $-0,5^{\circ}\text{C}$ y $+0,5^{\circ}\text{C}$, sin condición de El Niño ni de La Niña; es la categoría de referencia de la razón de tasas

Para los periodos epidemiológicos X a XIII de 2026 se realizó una proyección por índice estacional para los tres servicios. En consulta externa y urgencias, las atenciones empezaron a aumentar en el periodo epidemiológico IX, lo que marca el inicio del segundo pico respiratorio. Se proyectan 470 883 atenciones en el periodo epidemiológico X, con una disminución a 417 166 en el periodo epidemiológico XI, un nuevo ascenso a 457 301 en el periodo epidemiológico XII y 422 088 al cierre del año. En el escenario más alto, en periodo XI podría alcanzar cerca de 530 000 atenciones (figura 6).

Figura 6. Proyección por índice estacional, mediana móvil de las atenciones consulta externa y urgencias períodos epidemiológicos X a XIII de 2026



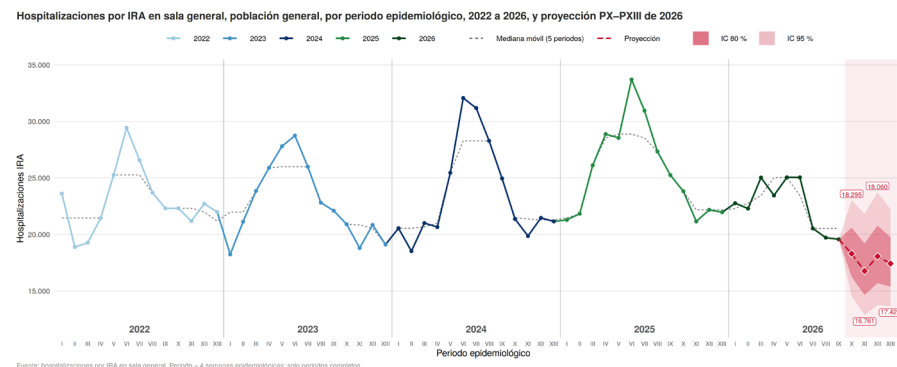
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 995, Semanas epidemiológicas 01 2019 -2025, a 37 2026

8

En el escenario alto, que corresponde al límite superior del intervalo de predicción del 95,0 % y representa el máximo esperado si se mantiene el patrón estacional de 2022 a 2025, se podrían alcanzar hasta 23 711 hospitalizaciones en el periodo epidemiológico XII (figura 10).

En el servicio de hospitalización en sala general en 2026, las hospitalizaciones descendieron de 25 044 en el período epidemiológico VI hasta 19 566 en el periodo epidemiológico IX, el valor más bajo del año. Se proyectan 18 295 hospitalizaciones en el período epidemiológico X, 16 761 en el periodo epidemiológico XI, 18 060 en el XII y 17 421 en el XIII, con un máximo de 23 700 hospitalizaciones en periodo epidemiológico XII (figura 7).

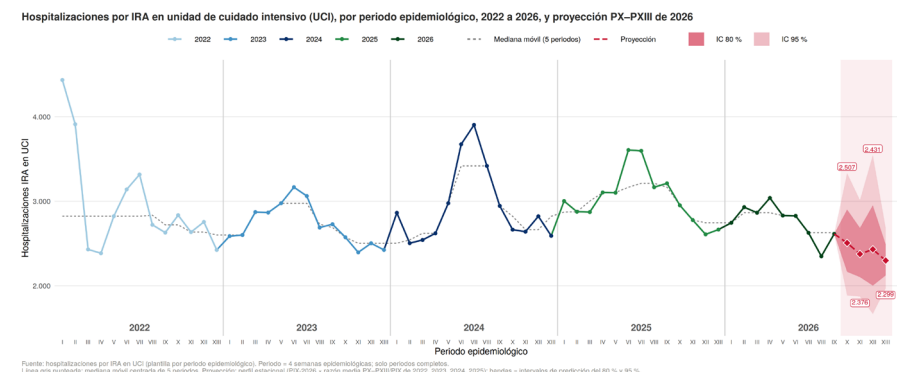
Figura 7. Proyección por índice estacional, mediana móvil de las hospitalizaciones en sala general períodos epidemiológicos X a XIII de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 995, Semanas epidemiológicas 01 2019 -2025, a 37 2026

En hospitalización en UCI/UCIM, las hospitalizaciones aumentaron de 2 349 en el periodo epidemiológico VIII a 2 614 en el periodo IX de 2026, en consonancia con el inicio del segundo pico respiratorio. Se proyectan 2 507 hospitalizaciones en el periodo epidemiológico X, 2 376 en el XI, 2 431 en el XII y 2 299 en el XIII. En el escenario alto se podrían alcanzar hasta 3 546 hospitalizaciones en el periodo XII (figura 8).

Figura 8. Proyección por índice estacional, mediana móvil de las hospitalizaciones en UCI/UCIM períodos epidemiológicos X a XIII de 2026

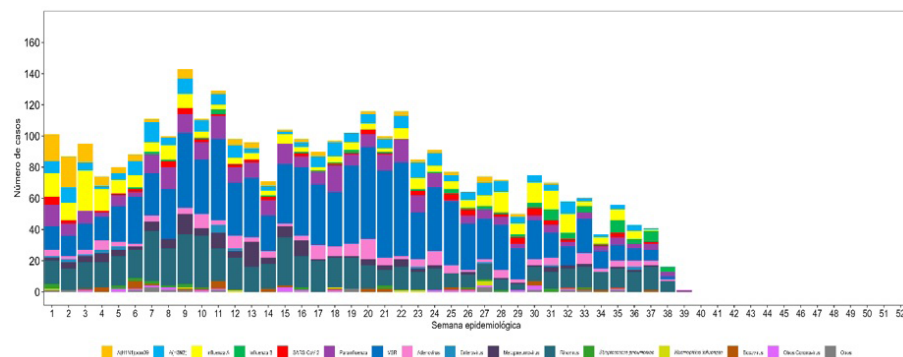


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 995, Semanas epidemiológicas 01 2019 -2025, a 37 2026

Comportamiento de la enfermedad similar Influenza (ESI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG) centinela

Hasta la semana epidemiológica 38 de 2026 se observan dos períodos de aumento en la notificación de agentes respiratorios: el primero entre las semanas epidemiológicas 07 y 12, con un máximo de > 140 casos en la semana epidemiológica 09, y el segundo entre las semanas epidemiológicas 18 y 24, con los valores más altos en las semanas epidemiológicas 20 y 22 (cerca de 115 casos semanales). En cuanto, a la circulación viral, el VSR representa la proporción más alta de la notificación en la mayoría de las semanas epidemiológicas, seguido del rinovirus. Además, se ha notificado co-circulación de otros agentes respiratorios como influenza A (H1N1pdm09 y H3N2), influenza B, SARS-CoV-2, parainfluenza, adenovirus y enterovirus, entre otros (figura 9).

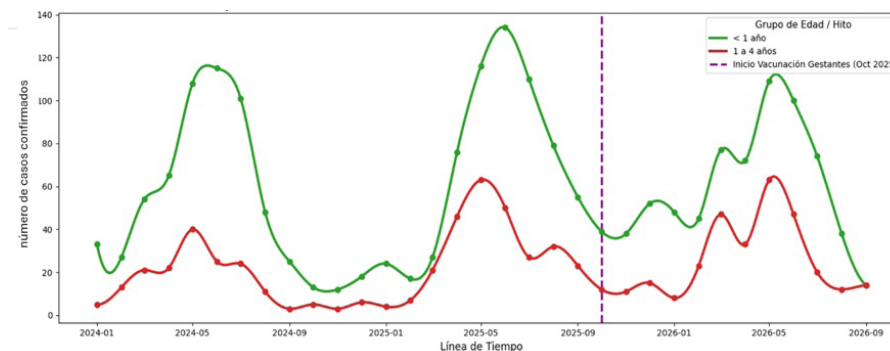
Figura 9. Circulación de virus respiratorios, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 345, Semanas epidemiológicas 01 a 37 2026

Dado que el VSR fue el agente con mayor contribución en la notificación de virus respiratorios, se analizó su comportamiento mensual en los grupos de menores de un año y de 1 a 4 años. Ambos grupos presentaron un patrón estacional similar, con incrementos sostenidos durante el primer semestre y picos de circulación entre mayo y junio. Los menores de un año concentraron la mayor frecuencia de casos durante todo el período analizado, con máximos de aproximadamente 115 casos en junio de 2024, 134 casos en junio de 2025 y 109 casos en mayo de 2026. Por su parte, en los niños de 1 a 4 años se registraron picos de 40 casos en 2024 y de 63 casos tanto en 2025 como en 2026. La línea morada corresponde a noviembre de 2025, cuando inició la vacunación contra el VSR en Colombia (figura 10).

Figura 10. Casos mensuales de virus sincitial respiratorio en niños menores de 1 año vs niños de 1 a 4 años, 2024-2026*



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 345, Semanas epidemiológicas 01 a 37 2026
*Evaluación de impacto

Durante el período 2024-2026, la circulación del VSR se concentró principalmente en la población menor de 5 años, que aportó aproximadamente el 88,0 % de los casos confirmados. Los lactantes menores de un año representaron el grupo más afectado, acumulando entre el 60,0 % y el 64,0 % de los casos anuales. En 2026, se observó una disminución del 27,5 % de los casos en menores de un año y del 16,5 % en el grupo de 1 a 4 años en comparación con 2025; sin embargo, frente a 2024, los niños de 1 a 4 años presentaron un incremento del 47,8 %. Estos hallazgos evidencian que la carga de enfermedad por VSR continúa concentrándose en la primera infancia, especialmente en los lactantes, lo que resalta la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica intensificada y el fortalecimiento de las estrategias de prevención y control dirigidas a esta población (figura 11).

Figura 11. Concentración de virus sincitial respiratorio por grupo de edad, 2024-2026, Colombia



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 345, Semanas epidemiológicas 01 a 37 2026

Influenza aviar altamente patógena en Colombia

La influenza aviar altamente patógena (IAAP) ha representado un reto importante para la vigilancia sanitaria en Colombia, especialmente en los departamentos de las regiones Caribe y Pacífica, donde se han identificado focos en Córdoba, Bolívar, Sucre, Atlántico, Chocó, Cauca y Nariño. La ocurrencia de estos eventos ha evidenciado la necesidad de mantener una vigilancia permanente en aves domésticas y silvestres, así como de fortalecer las capacidades de detección temprana y respuesta ante la introducción y dispersión del virus.

Entre 2022 y 2024, la distribución geográfica de los focos mostró una concentración en zonas costeras y corredores de importancia para las rutas migratorias de aves, lo que resalta la relevancia del monitoreo continuo en estas regiones. Frente a esta situación, Colombia implementó una respuesta intersectorial bajo el enfoque de Una Salud, con la participación del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), el INS, el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales.

La respuesta se ha basado en la coordinación permanente entre los sectores de salud animal y salud humana, mediante acciones de:

- Vigilancia activa, pasiva y de laboratorio.
- Control de brotes y establecimiento de cuarentenas.
- Implementación de medidas sanitarias y de bioseguridad.
- Confirmación oportuna de focos.
- Activación inmediata de la respuesta intersectorial.
- Seguimiento y análisis del riesgo a través de los consejos de zoonosis y salas de análisis del riesgo.
- Monitoreo del personal y de las personas con exposición de alto riesgo.
- Articulación entre laboratorios nacionales y subnacionales.
- Comunicación permanente entre los niveles nacional, departamental y municipal.

Conclusiones

A la semana epidemiológica 38 de 2026, la morbilidad por IRA muestra el inicio del segundo pico respiratorio. Las atenciones en consulta externa y urgencias aumentaron 12,1 % y las hospitalizaciones en UCI/UCIM 7,9 % en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (35 a 38), mientras que la hospitalización en sala general se mantuvo estable (-0,2 %).

La proyección para los períodos epidemiológicos X a XIII anticipa una demanda en los servicios de atención de consulta externa y urgencias, hospitalización sala general y UCI entre 13,0 % y 21,0 % menor que en 2025, aunque en el escenario más alto en periodo epidemiológico XII podría alcanzar 530 000 atenciones, 23 700 hospitalizaciones en sala general y 3 500 en UCI/UCIM.

En IRAG inusitado, la influenza explicó el 63,0 % de los 490 casos con agente identificado, y el 83,0 % de la influenza A no se subtipificó, incluidos casos con antecedente de contacto con aves o cerdos. En la vigilancia centinela se observaron dos picos de circulación viral, en las semanas epidemiológicas 07 a 12 y 18 a 24, con predominio de circulación de VSR; en menores de un año el pico fue cerca del 19,0 % menor que al del 2025.

El fenómeno de El Niño se asoció con una reducción cercana al 7,0 % de las atenciones (IRR 0,93), por lo que no anticipa un aumento de la demanda de atenciones por IRA debida a este fenómeno, aunque implica riesgos de suspensión de material particulado por la aparición de incendios forestales.

Recomendaciones

Por lo anterior, se recomienda a las entidades territoriales:

- Mantener actualizados los planes de contingencia hospitalaria para los periodos epidemiológicos X a XIII, ante el desarrollo del segundo pico respiratorio. Aunque la proyección anticipa una demanda menor que en 2025, las atenciones en consulta externa y urgencias y las hospitalizaciones en UCI/UCIM ya muestran aumento en las últimas cuatro semanas. Se recomienda prever la disponibilidad de camas pediátricas y de UCI tomando como referencia el escenario alto, con prioridad en los centros de referencia que reciben remisiones.
- Intensificar la vacunación contra influenza en mayores de 60 años, gestantes, niños de 6 a 23 meses y personas con enfermedades crónicas, y sostener la vacunación materna contra el VSR entre las semanas 28 y 36 de gestación.
- Mantener la toma de muestras en vigilancia centinela e IRAG inusitado y enviar toda influenza A no subtipificada al Laboratorio de Salud Pública Departamental (LSP) o al Instituto Nacional de Salud (INS), priorizando los casos con contacto con aves o cerdos.
- Verificar por municipio y por Unidad Primaria Generadora de datos (UPGD) los incrementos sostenidos, como Valle del Cauca en UCI, Cauca en sala general y La Guajira en consulta externa, y descartar las disminuciones sostenidas.
- Realizar vigilancia intensificada de la IRA en municipios con incendios o mala calidad del aire y de manera articulada con el ICA, los focos de influenza aviar en rutas migratorias entre octubre y marzo.
- Cerrar oportunamente las unidades de análisis de IRAG inusitado y reforzar la comunicación del riesgo sobre signos de alarma, lavado de manos, uso de tapabocas y aislamiento de personas con síntomas respiratorios.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: influenza estacional y otros virus respiratorios - inicio temporada hemisferio sur - 27 de abril del 2026 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2026 Abr 27 [citado 2026 Oct 7]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-influenza-estacional-otros-virus-respiratorios-inicio-temporada>
2. Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2026 Jul 1 [citado 2026 Oct 7]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/07/2026-julio-1-phe-alerta-epi-influenzaovr-esfinal.pdf>
3. National Oceanic and Atmospheric Administration. ONI and other ENSO Index Regions [Internet]. College Park (MD): Climate Prediction Center; [citado 2026 Oct 7]. Disponible en: https://www.cpc.ncep.noaa.gov/products/analysis_monitoring/enso/roni/

SITUACIÓN NACIONAL

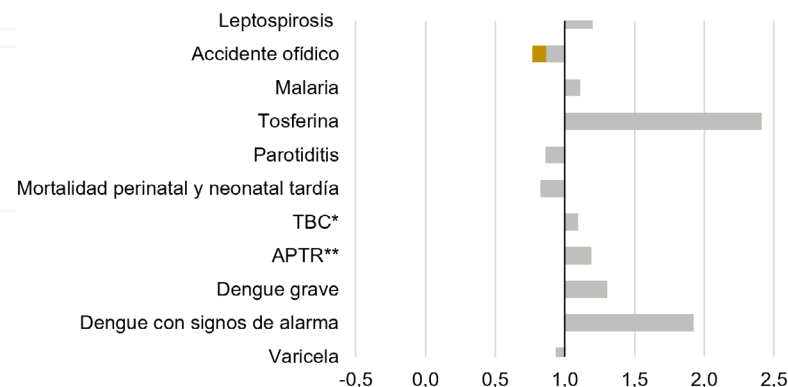
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 39 de 2026, el evento accidente ofídico se encontró por debajo de lo esperado, mientras los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 12).

Figura 12. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 39 del 2026



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

*TBC: tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

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

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 39 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	147 840	145 944	0,54	0,59

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.

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.

En la semana epidemiológica 39 del 2026, el evento zika estuvo por encima del comportamiento esperado mientras que el evento de leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 39 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	5	1	0,01
Leishmaniasis cutánea	5	74	0,00
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,45
Chikunguña	1	1	0,36
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	1	0,30
Lepra	4	7	0,08

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.

Para esta semana epidemiológica, la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 39 de 2025. Para esta semana epidemiológica, el país cumplió con la meta para este nivel de información.

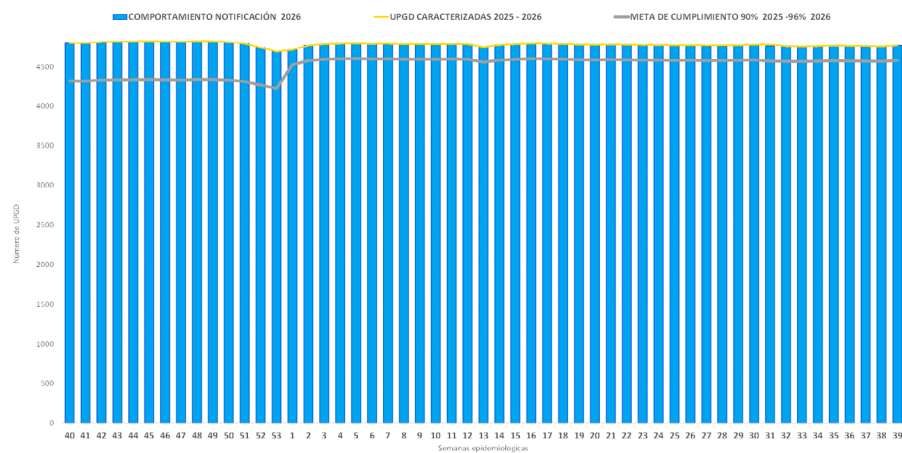
El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 123 de 1 123 UNM), manteniendo el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 39 de 2025. El país cumplió con la meta establecida para este nivel de información que es como mínimo del 98,0 %.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 100,0 % (4 769 / 4 769); observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la 39 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 4578 UPGD en la semana analizada (figura 13).

13

Figura 13. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 39 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 39 del 2026, se han notificado 508 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 494 casos notificados de residentes en Colombia, 310 fueron por IRA, 101 por desnutrición (DNT) aguda y 83 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 199 fueron confirmados, 84 descartados y 211 se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 39 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 39 2026			Casos en estudio a SE 39 2026			Tasa a SE 39 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	51	111	37	41	136	34	1,40	3,05	1,02
Amazonas	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	5	10	1	3	16	3	1,20	2,39	0,24
Arauca	0	0	1	0	1	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	16	2	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	3	3	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	0	0	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	20	5	20,09	20,09	12,36
Córdoba	1	8	0	0	6	1	0,59	4,73	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	4	0	0,00	0,88	0,00
Guainía	0	0	0	1	0	0	0,00	0,00	0,00
Guaviare	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Huila	0	2	1	0	2	0	0,00	1,89	0,95
La Guajira	13	9	7	11	17	9	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	12	0	0,00	3,39	3,39
San Andrés	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	1	0	1	0	1	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	2	1	0	1	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	2	29,43	0,00	5,89

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026 preliminares. SE: semana epidemiológica
Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.

Nota: las entidades territoriales que no registraron casos a SE 39 de 2026, no figuran en la tabla.

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

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 39 del 2026 se han notificado 310 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 63 confirmadas por laboratorio, 48 confirmadas por clínica, 63 descartadas y 136 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 39 fueron 231, para una tasa de mortalidad de 6,26 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 39 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Chocó, La Guajira, Meta, Risaralda y Sucre y, a nivel municipal, en Dabeiba, Necoclí, Valledupar, Alto Baudó, Riosucio, Riohacha, 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 39 de 2026 son *Rhinovirus*, *Bordetella pertussis* y enterovirus entre otros (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 39, 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>	11	0	0	0	0	11	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>	3	0	0	0	0	3	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>Enterobacter cloacae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A H1N1	0	0	0	0	0	0	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	108	20	23	7	1	159	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 39 de 2026 se han notificado 101 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 51 confirmadas, nueve (9) descartadas y 41 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 39 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 39 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 39 de 2026 se han notificado 83 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 35 confirmadas por clínica, dos (2) confirmadas por laboratorio, 12 descartadas y 34 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 39 fue de 62 para una tasa de mortalidad de 1,68 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 39 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de Buenaventura, Chocó, Magdalena y Risaralda y, a nivel municipal, en Bagadó, Bojayá y Uribia. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes 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.binasssa.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 39 de 2026 se notificaron a Sivigila nueve (9) casos: ocho (8) muertes maternas tardías y una (1) muerte materna coincidente. El país acumula 107 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 102 residían en territorio colombiano y cinco (5) residían en el exterior, por lo que no se incluyeron en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 39, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	185	116	62	363
2024	153	102	36	291
2025	140	112	43	295
2026p	102	92	39	233

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 en Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Norte de Santander y Santander; En las demás entidades territoriales no se identificaron diferencias estadísticamente significativas (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Tauramena (Casanare), Melgar (Tolima) y Rioblanco (Tolima), en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 39 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 18,6 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 39 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 39	Acumulado de casos a SE 39	
		2025	2026
Colombia	170	140	102
Antioquia	15	13	12
Bogotá, D.C.	14	14	12
La Guajira	16	14	10
Chocó	10	6	6
Cundinamarca	8	7	6
Magdalena	6	4	5
Tolima	4	3	5
Cartagena de Indias	5	1	4
Cauca	6	1	4
Cesar	9	13	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	2	1	1
Valle del Cauca	2	2	1
Vichada	3	1	1
Amazonas	0	0	0
Arauca	1	0	0
Barranquilla	4	4	0
Caldas	1	0	0
Guainía	1	3	0
Norte de Santander	6	7	0
Santander	4	5	0

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

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 39 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 39	Valor observado SE 39
Colombia	170	102
Tauramena (Casanare)	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 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 39 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 39	Número de casos y proporción a SE 39 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	147	153	100	140	100	102	100
DIRECTA	93	99	64,7	87	62,1	62	60,8
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	31	31	20,3	30	21,4	19	18,6
Hemorragia obstétrica	28	32	20,9	24	17,1	13	12,7
Evento tromboembólico como causa básica	9	8	5,2	9	6,4	9	8,8
Sepsis obstétrica	8	8	5,2	8	5,7	7	6,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	6	4	2,6	7	5,0	5	4,9
Embarazo ectópico	7	7	4,6	7	5,0	3	2,9
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0	0,0	0	0,0	2	2,0
Embolia de líquido amniótico	2	4	2,6	0	0,0	1	1,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	2,0	2	1,4	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	51	51	33,3	51	36,4	30	29,4
Otras causas indirectas	19	21	13,7	16	11,4	16	15,7
Otras causas indirectas: neumonía	11	5	3,3	16	11,4	7	6,9
Sepsis no obstétrica	8	7	4,6	8	5,7	3	2,9
Otras causas indirectas: cáncer	7	8	5,2	6	4,3	3	2,9
Otras causas indirectas: dengue	2	4	2,6	0	0,0	1	1,0
Otras causas indirectas: malaria	2	0	0,0	3	2,1	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	4	2,6	2	1,4	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por COVID 19	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	1	0,7	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 39 del 2026 se han notificado 4 624 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 578 corresponden a residentes en Colombia y 46 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 39 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Putumayo, Vaupés y San Andrés y Providencia (tabla 9)

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), Calamar (Bolívar), Maní (Casanare), Puerto López (Meta), Guamo (Tolima), Peñol (Antioquia), El Litoral del San Juan (Chocó), Roberto Payán (Nariño), 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 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,6 %, seguido de neonatales tempranas con 27,7 %, 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 25,7 %, seguido de prematuridad e inmaduridad con el 17,9 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 14,6 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 39 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 9. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 39 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 39	Acumulado de casos a SE 39	
		2025	2026
Colombia	5 591	4 226	4 578
Antioquia	632	501	576
Bogotá, D.C.	596	495	564
Cundinamarca	305	277	272
La Guajira	297	196	223
Santiago de Cali	225	199	198
Córdoba	286	183	194
Cesar	199	154	166
Bolívar	165	121	153
Barranquilla	203	134	151
Cauca	183	130	149
Valle del Cauca	155	129	132
Santander	169	115	126
Nariño	150	143	123
Norte de Santander	169	117	123
Huila	133	96	121
Cartagena de Indias	178	121	119
Chocó	135	80	113
Meta	135	124	107
Sucre	136	79	106
Atlántico	175	97	100
Magdalena	139	105	90
Boyacá	103	86	88
Tolima	116	76	80
Risaralda	77	56	78
Santa Marta	71	48	66
Caldas	72	61	59
Buenaventura	59	57	41
Quindío	43	32	41
Arauca	46	24	40
Caquetá	48	36	37
Casanare	57	48	37
Vichada	28	24	31
Putumayo	45	29	27
Guainía	14	11	16
Amazonas	14	14	13
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 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 39 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 39 2021 - 2025	Valor observado a SE 39 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	5 591	4 578	-
Manaure (La Guajira)	26	41	22
Cumaribo (Vichada)	17	25	21
Tunja (Boyacá)	13	21	36
Dosquebradas (Risaralda)	16	21	30
Granada (Meta)	8	15	34
Alto Baudó (Chocó)	4	12	26
La Estrella (Antioquia)	5	10	24
Calamar (Bolívar)	3	7	6
Maní (Casanare)	2	7	6
Puerto López (Meta)	3	7	13
Guamo (Tolima)	2	7	15
Peñol (Antioquia)	2	6	22
El Litoral del San Juan (Chocó)	2	6	10
Roberto Payán (Nariño)	2	6	17
Giraldo (Antioquia)	1	5	15
Cicuco (Bolívar)	2	5	15
Paipa (Boyacá)	2	5	22
Bahía Solano (Chocó)	1	5	27
Tolú Viejo (Sucre)	2	5	19
La Unión (Sucre)	1	4	8
Juradó (Chocó)	0	3	8
Tesalia (Huila)	1	3	23
La Tola (Nariño)	1	3	17
Paz de Río (Boyacá)	0	2	14
Marulanda (Caldas)	0	2	24
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	16
Salento (Quindío)	0	2	27

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

Tabla 11. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 39, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 39, 2024 -2026					
	2024 a SE 39	(%)	2025 a SE 38	(%)	2026 a SE 39	(%)
Colombia	4 514	100,0	4 226	100,0	4 578	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 204	26,7	1 159	27,4	1 175	25,7
Prematuridad-inmadurez	739	16,4	737	17,4	821	17,9
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	670	14,8	647	15,3	667	14,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	504	11,2	445	10,5	421	9,2
Infecciones	399	8,8	379	9,0	381	8,3
Malformación congénita	414	9,2	355	8,4	352	7,7
Otras causas de muerte	301	6,7	259	6,1	279	6,1
Sin información	0	0,0	0	0,0	193	4,2
Causas no específicas	111	2,5	70	1,7	146	3,2
Trastornos cardiovasculares	126	2,8	130	3,1	96	2,1
Convulsiones y trastornos neurológicos	24	0,5	19	0,4	29	0,6
Lesión de causa externa	22	0,5	26	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 39 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 36 a 39 de 2026), a nivel nacional, se observó un aumento porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa y urgencias y una disminución en hospitalización en sala general y hospitalización en unidades de cuidado intensivo (UCI), unidades de cuidado intermedio (UCIM) frente al periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 32 a 35 de 2026), sin superar el umbral definido para variaciones relevantes ($\pm 30\%$) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 32 a 35 de 2026 y 36 a 39 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 32 a 35 de 2026	SE 36 a 39 de 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	448 596	499 145	● 11,27%	↗
Hospitalización en sala general	19 537	19 218	● -1,63%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 517	2 515	● -0,08%	↘

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 39 del 2026 se notificaron 125 384 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, Santa Marta y Vaupés mientras que Buenaventura, Caldas, Caquetá, Cauca, Huila, Nariño, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Vichada presentaron una disminución. Las 24 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

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

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios con más de 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 39 del 2026

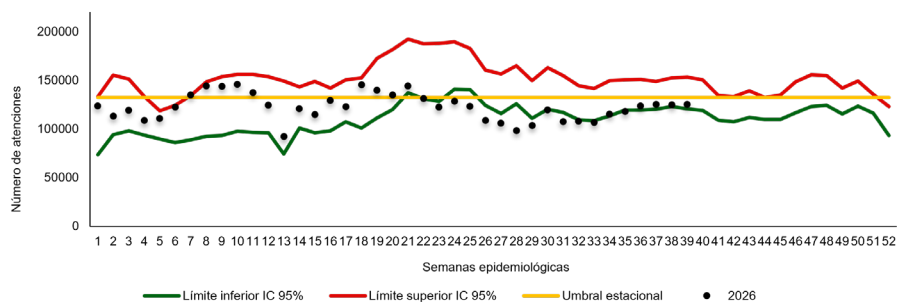
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	73 059	69 636	7 800	11 913
La Guajira	Maicao	52 395	63 925	4 389	7 793
Cundinamarca	Soacha	64 311	51 027	5 291	6 103
Antioquia	Itagüí	64 958	55 457	5 411	4 975
La Guajira	Uribia	37 917	41 534	3 413	4 804
Antioquia	Bello	47 869	50 006	4 648	4 616
Cundinamarca	Chia	45 422	36 127	4 301	4 244
Antioquia	Rionegro	28 175	35 757	2 313	2 653
Cundinamarca	Zipaquirá	18 476	17 280	1 876	2 246
Santander	Floridablanca	26 916	19 899	1 814	1 956
Santander	Barrancabermeja	24 567	20 588	1 328	1 672
Magdalena	Ciénaga	18 301	15 264	1 864	1 604
Antioquia	Envigado	20 221	19 384	1 864	1 522
Antioquia	Apartadó	13 987	15 386	1 311	1 471
Boyacá	Duitama	17 430	13 786	1 975	1 439
Córdoba	Cereté	14 777	15 651	1 099	1 340
Valle del Cauca	Palmira	21 465	16 379	1 832	1 315
Risaralda	Dosquebradas	23 288	17 923	1 924	1 248
Boyacá	Sogamoso	16 596	12 956	1 390	1 232
Córdoba	Lorica	12 302	12 734	1 287	1 178
Cundinamarca	Girardot	16 391	11 660	1 288	1 174
Bolívar	Magangué	18 083	14 018	1 545	1 091
Cundinamarca	Madrid	11 442	12 241	1 253	1 080
Cundinamarca	Facatativá	14 111	10 298	1 503	1 035
Cundinamarca	Funza	12 551	11 511	0 874	1 034
Casanare	Yopal	11 974	9 935	1 211	1 031
Norte de Santander	Ocaña	13 838	10 479	1 026	988
Antioquia	Turbo	11 841	10 869	1 023	834
Valle del Cauca	Buenaventura	5 573	7 879	811	762
Cesar	Aguachica	9 439	8 524	874	760
Huila	Pitalito	10 582	7 307	1 004	734
Valle del Cauca	Tuluá	10 220	8 981	870	703
Córdoba	Sahagún	19 686	7 148	2 132	702
Santander	Piedecuesta	8 400	7 315	484	691
Valle del Cauca	Cartago	13 497	9 427	1 075	683
Atlántico	Malambo	5 974	5 622	494	643
Cundinamarca	Mosquera	6 109	4 868	371	628
Valle del Cauca	Yumbo	11 370	8 672	968	583
Santander	Girón	6 750	5 888	443	516
Cauca	Santander de Quilichao	8 959	6 603	938	506
Norte de Santander	Villa del Rosario	5 081	4 417	413	296
Cauca	Guapi	3 845	2 815	240	254
Nariño	La Florida	595	480	31	35

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (36 a 39 de 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 26,0 % (129 929) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 21,3 % (106 313). 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 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 39, alternando entre semanas por debajo y por encima de dicho límite (figura 14).

Figura 14. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 39 de 2026



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

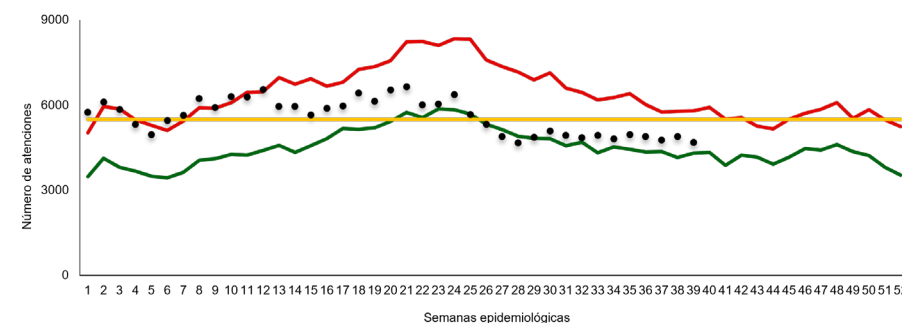
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 39 del 2026 se notificaron 4 865 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Amazonas, Buenaventura, Caldas, Casanare, Chocó, Guainía, La Guajira, Quindío, Risaralda, San Andrés, Sucre y Vaupés; así mismo, se observó aumento en Arauca, Barranquilla, Guaviare, Magdalena y Putumayo. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (36 a 39 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 032) representaron el 26,2 %, seguido del grupo de 2 a 4 años con el 14,9 % (2 859). 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 20,0 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones presentaron una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior 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 epidemiológicas 25 a 39 (figura 15).

Figura 15. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 39 de 2026

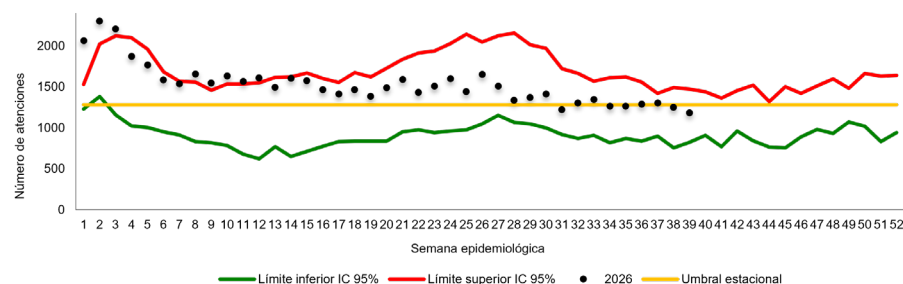


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 39 del 2026, se notificaron 1 184 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 39 de 2026, ubicándose dentro de lo esperado (figura 16).

Figura 16. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 39 de 2026



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

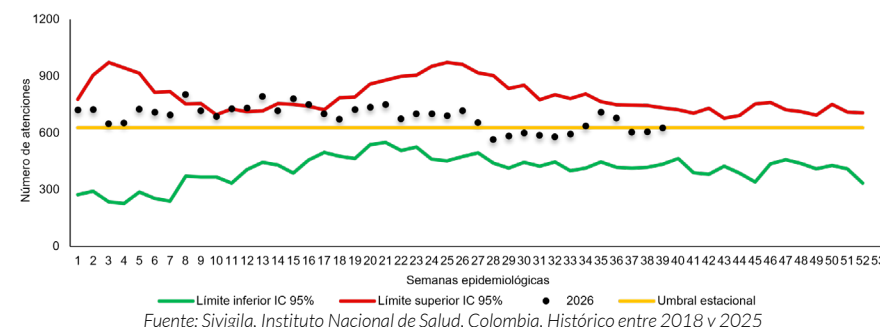
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 39 del 2026 se notificaron 626 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Barranquilla, Cartagena de Indias, Chocó, Huila y Tolima. Se registró disminución en Antioquia, Bolívar, Caquetá, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Risaralda, Santa Marta y Sucre. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (36 a 39 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 35,2 % (914), seguido de los menores de 1 año con el 21,3 % (554) 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 19,8 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 18,0 %.

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 08, 11 a 13, 15 y 16, con un descenso progresivo entre las semanas 28 a 39 (figura 17).

Figura 17. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 39 de 2026

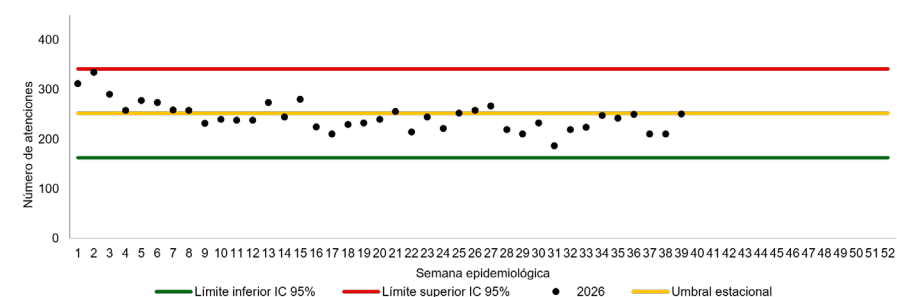


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 39 del 2026, se notificaron 251 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 39 se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 18).

Figura 18. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 39 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 positiva en consulta externa, urgencias y negativa en la notificación de atenciones por IRA en hospitalización en sala general y en UCI/UCIM con respecto al periodo anterior.

De acuerdo con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), durante septiembre 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. Estas condiciones podrían favorecer un aumento del 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 semanas 33 a 36 de 2026 se mantuvo en niveles bajos en la mayoría de las subregiones, con tendencia al descenso en Centroamérica, Brasil y el Cono Sur, y en leve incremento en América del Norte. La subregión Andina constituyó la principal excepción, al registrar una actividad alta y sostenida, acompañada de un aumento en la positividad durante las últimas semanas. En cuanto a los virus circulantes, la influenza B predominó en varios países, especialmente en el Cono Sur, mientras que la influenza A(H3N2) continuó siendo el subtipo predominante en Centroamérica y la subregión Andina. Respecto al virus sincitial respiratorio (VSR),

[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.

se observaron niveles bajos en América del Norte, el Caribe y la subregión Andina, con comportamiento estable o en descenso. Por su parte, Centroamérica, Brasil y el Cono Sur reportaron una actividad elevada de VSR, aunque con una tendencia decreciente reciente. En relación con SARS-CoV-2, la actividad se mantuvo baja y con tendencia al descenso en Centroamérica, la subregión Andina, Brasil y el Cono Sur. En contraste, América del Norte presentó niveles altos sin una tendencia claramente definida, mientras que en el Caribe la actividad continuó elevada, aunque con una reducción progresiva. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

A nivel nacional durante el último periodo analizado, correspondiente a las semanas epidemiológicas 36 a 39 la circulación viral estuvo caracterizada principalmente por la detección de rinovirus, virus sincitial respiratorio (VSR) y virus parainfluenza, seguidos por influenza B, influenza A y adenovirus. Al comparar este periodo con el inmediatamente anterior, se evidenció una disminución significativa de la positividad general, que pasó de 54,5 % a 36,9 %. Los únicos agentes virales que mostraron un incremento estadísticamente significativo fueron rinovirus y parainfluenza, mientras que los demás virus respiratorios mantuvieron un comportamiento estable. Según el grupo de edad, destacó la positividad de VSR y rinovirus en menores de cinco años, así como la circulación de influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2), en personas de 60 años y más. Ante este escenario epidemiológico, se recomienda fortalecer las coberturas de vacunación contra influenza en los grupos priorizados, de acuerdo con los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14). Asimismo, se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia intensificada frente a la circulación concurrente de influenza estacional y otros virus respiratorios, dada la posibilidad de que esta situación genere una mayor demanda de atención y presión sobre los servicios de salud.

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 32 a 39 de 2026

Agente viral identificado	SE 32 a 35 de 2026			SE 36 a 39 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	54,5	49,4	62,5	36,9	43,6	26,4	
Rinovirus	18,3	22,2	12,0	26,9	26,5	15,8	
Virus sincitial respiratorio	21,3	35,7	10,0	21,6	27,6	21,1	
Enterovirus	-	-	-	2,9	3,1	5,3	
Adenovirus	6,0	8,7	2,0	7,6	12,2	-	
Influenza B	6,3	4,0	2,0	9,9	1,0	-	
Influenza A	9,7	9,5	12,0	8,8	5,1	26,3	
Parainfluenza	5,6	7,9	2,0	10,5	16,3	-	
Metapneumovirus	1,9	3,2	-	1,2	1,0	5,3	
A(H1N1)pdm09	-	-	-	0,6	0,8	-	
SARS-CoV-2	1,9	1,6	1,0	0,6	3,1	-	
A(H3N2)	5,6	5,6	6,0	5,3	4,1	15,8	
Coronavirus	2,2	0,8	2,0	2,9	2,0	5,3	

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 39 de 2026

Metodología

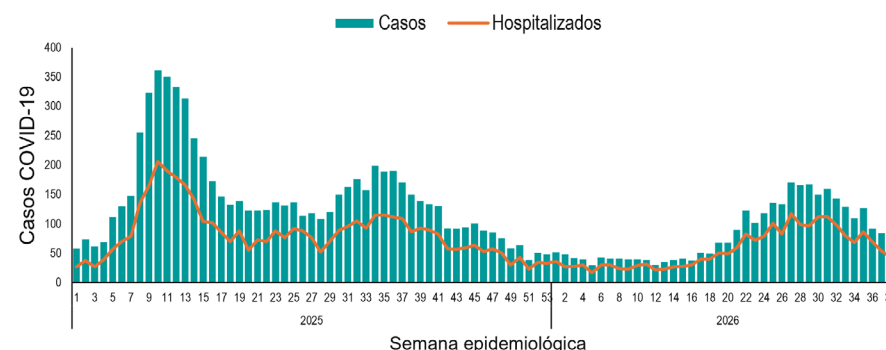
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 39 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 39), con corte al 03 de octubre y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 3 235 casos de COVID-19, de los cuales 3 229 son procedentes de Colombia y seis (6) casos de procedencia exterior. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (36 a 39) se registraron 295 casos (293 de procedencia Colombia), lo que representa una disminución del 42,5 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 32 a 35), en el que se reportaron 513 casos. Respecto a la hospitalización, se notificaron 196 casos hospitalizados, una disminución del 41,1 % frente a los 333 registrados en el periodo anterior. En el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 36 a 39), se notificaron 655 casos, por lo que en 2026 se observa una disminución del 55,0 % respecto al año anterior. (figura 19).

Figura 19. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 39 de 2026



Fuente: Sivigila, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 39 de 2026

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 36 a 39 de 2026) se registró una incidencia de 0,5 casos por cada 100 000 habitantes (293 casos confirmados de procedencia Colombia), con afectación en 27 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 86 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 32 a 35 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 a nivel departamental en Meta, Casanare y Putumayo y a nivel municipal en: Mocoa (Putumayo).

En la mayoría de los grupos de edad se presentaron reducciones en la notificación de casos, con excepción del grupo de 2 a 4 años, que registró un incremento del 22,2 %. Las disminuciones más importantes se registraron en el grupo de 90 a 99 años (-75,0 %), seguido de 50 a 59 años (-61,5 %), 5 a 9 años (-55,8 %), menor de un año (-48,8 %), 1 año (-47,2 %), 10 a 19 años (-46,2 %), 80 a 89 años (-45,0 %), 70 a 79 años (-44,8 %), 30 a 39 años (-44,4 %), 60 a 69 años (-34,6 %), 40 a 49 años (-33,3 %) y 20 a 29 años (-22,2 %). Por su parte, 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 15).

Tabla 15. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (32 a 39) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 32 a 35 2026	SE 36 a 39 2026		
Menor de un año	160	82	-48,8	
1 año	53	28	-47,2	
2 a 4 años	36	44	22,2	
5 a 9 años	43	19	-55,8	
10 a 19 años	39	21	-46,2	
20 a 29 años	18	14	-22,2	
30 a 39 años	36	20	-44,4	
40 a 49 años	15	10	-33,3	
50 a 59 años	26	10	-61,5	
60 a 69 años	26	17	-34,6	
70 a 79 años	29	16	-44,8	
80 a 89 años	20	11	-45,0	
90 a 99 años	12	3	-75,0	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	513	295	-42,5	

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 32 a 39 de 2026
PE: periodo epidemiológico SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia 29 fallecimientos asociados a COVID-19. De estos, diez se registraron en Bogotá D. C.; cinco en el departamento de Arauca, de los cuales cuatro ocurrieron en el municipio de Arauca y uno en Saravena; y dos 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), 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/uu7la>, donde podrá ampliar los detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2026.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 39 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 39 del 2026 se notificaron 2 798 casos de dengue: 2 129 casos de esta semana y 669 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 85 824 casos, 51 881 (60,5 %) sin signos de alarma, 33 075 (38,5 %) con signos de alarma y 868 (1,0 %) de dengue grave.

El 66,8 % (57 320) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Bolívar, Cesar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, Casanare, Antioquia, Atlántico y Cartagena de Indias (tabla 16). Sin embargo, en el último periodo epidemiológico (semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Bolívar, Meta, Santander, Norte de Santander, Atlántico, Magdalena, Tolima, Antioquia, Valle del Cauca y Sucre concentra el 68,0 % (7 111 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Caquetá, Cartagena, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Putumayo, Quindío, Risaralda, Sucre, Tolima y Valle del Cauca; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en la entidad territorial de Casanare mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

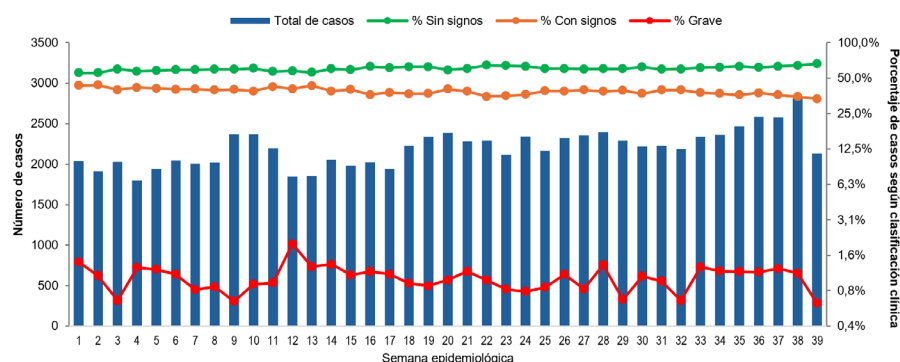
Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 39 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 31 - 34 2026)	Observado (SE 35-38 2026)
Meta	13 378	29,9	0,9	1 328	1136
Bolívar	7 903	41,4	1,3	1 051	1167
Cesar	6 239	55,8	0,8	396	318
Santander	6 177	38,7	0,6	766	985
Norte de Santander	5 430	37,3	1,3	706	752
Magdalena	5 106	49,2	0,7	533	553
Casanare	3 462	30,0	0,6	461	277
Antioquia	3 274	35,9	1,0	369	507
Atlántico	3 203	43,6	0,7	483	563
Cartagena de Indias	3 148	18,9	1,0	149	310
La Guajira	3 119	53,9	1,7	64	51
Córdoba	2 798	43,9	0,4	252	269
Tolima	2 732	32,8	1,7	287	526
Barranquilla	2 608	45,5	0,9	262	289
Arauca	2 395	31,1	1,3	358	305
Santa Marta	2 057	44,6	0,4	49	40
Sucre	1 943	45,8	0,8	319	448
Valle del Cauca	1 802	35,0	0,8	267	474
Cundinamarca	1 598	38,7	1,1	201	336
Santiago de Cali	1 123	36,4	0,8	96	146
Huila	998	39,9	4,9	101	117
Chocó	993	21,3	0,6	113	201
Amazonas	743	14,5	0,1	97	105
Nariño	622	39,2	0,8	78	61
Guaviare	539	25,6	0,6	62	103
Caquetá	418	52,6	2,9	15	21
Putumayo	356	28,9	1,7	30	74
Quindío	345	24,9	3,2	56	73
Boyacá	249	43,8	1,6	34	35
Cauca	205	33,7	3,4	29	41
Exterior	177	42,4	3,4	15	32
Risaralda	165	38,2	1,2	7	37
Caldas	148	40,5	0,0	7	15
Buenaventura	140	35,0	1,4	16	31
Vichada	109	29,4	0,0	20	21
Vaupés	75	9,3	0,0	19	20
Archipiélago de San Andrés	38	31,6	2,6	12	10
Guainía	9	22,2	0,0	2	2
Total	85 824	38,5	1,0	9 110	10 451

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 20); 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 35 a 38 de 2026) fueron: Caquetá, La Guajira y Buenaventura.

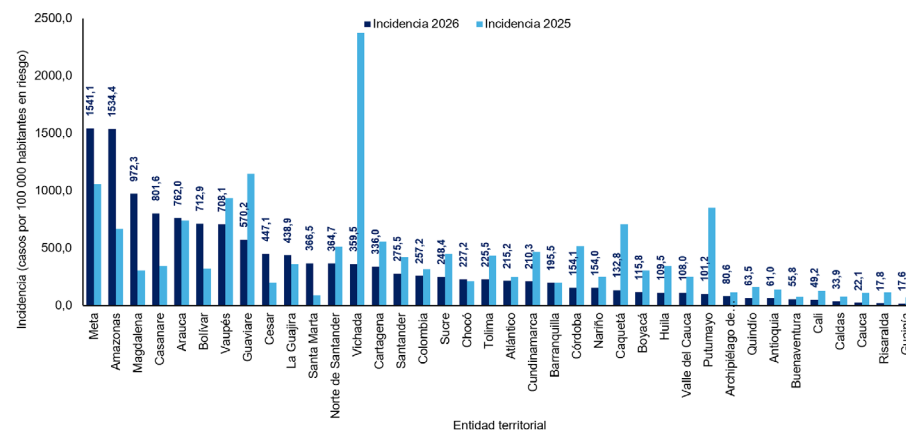
Figura 20. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 39, 2026



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

A semana epidemiológica 39 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 257,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 316,0 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, Casanare, Arauca, Bolívar y Vaupés presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 39 del 2026 registrando tasas superiores a 700 casos por 100 000 habitantes (figura 21). 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 21. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 39 de 2025 y 2026

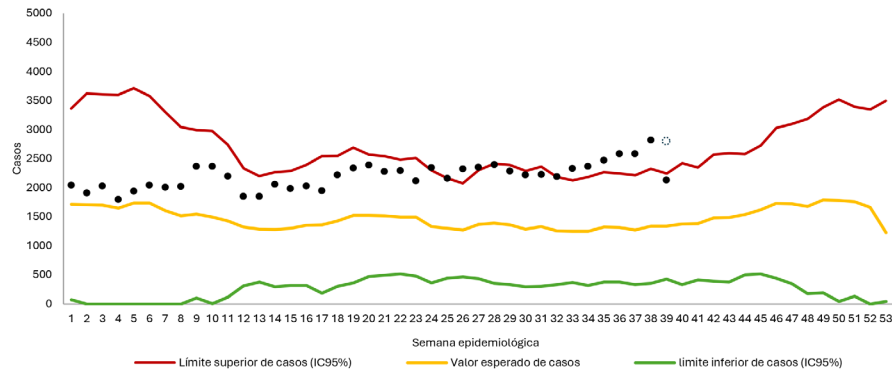


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 39 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 14,7 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 35 a 38 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 31 a 34, 2026) (figura 22). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 39), se observa una reducción del 18,6 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025, en el que se notificaron 105 467 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 16,2 % (6) está dentro de lo esperado, el 32,4 % (12) se encuentra en situación de alerta y el 51,3 % (19) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Figura 22. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 39 de 2026



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

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 39 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 39, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Antioquia, Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Putumayo, Quindío, Magdalena, Norte de Santander, Sucre, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vaupés.
Alerta	Barranquilla., Buenaventura, Cartagena de Indias, Caldas, Cesar, La Guajira, Huila, Nariño, Santander, Valle del Cauca, Tolima, Vichada
Dentro de lo esperado	Cauca, Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Guainía. Santa Marta

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 39 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 22,9 % (189) 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 18).

Tabla 18. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 39 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	(SE 31-34 2026)	(SE 35-38 2026)
Antioquia	Medellín	16,7	437	54	72
	Bello	7,8	43	4	6
	Envigado	17,4	42	7	5
	Itagüí	12,7	35	5	10
Bolívar	Magangué	558,1	802	151	194
Cesar	Aguachica	565,5	695	94	67
Córdoba	Cereté	274,5	302	36	38
Cundinamarca	Fusagasugá	29,6	49	6	12
Chocó	Quibdó	198,6	264	33	88
Meta	Villavicencio	1 846,2	9 414	870	699
Norte de Santander	Ocaña	317,8	377	75	88
Risaralda	Pereira	18,1	88	4	22
Santander	Bucaramanga	374,0	2315	331	436
Tolima	Ibagué	188,8	1027	114	261
Valle del Cauca	Cartago	383,4	533	92	222
Arauca	Arauca	326,8	328	51	28
Casanare	Yopal	446,0	805	181	117

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

A semana epidemiológica 38 del 2026, se han notificado 223 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 58 casos, se han descartado 121 casos y se encuentran en estudio 44 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 98 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 39, 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		
Boyacá	1	1	0,40	0,00
Huila	4	0	0,40	0,26
La Guajira	10	0	0,32	0,04
Magdalena	7	0	0,14	0,13
Antioquia	4	0	0,12	0,12
Valle del Cauca	2	2	0,11	0,00
Santa Marta	2	0	0,10	0,20
Atlántico	3	1	0,09	0,05
Meta	10	5	0,07	0,11
Bolívar	5	4	0,06	0,11
Cundinamarca	1	3	0,06	0,06
Norte de Santander	3	0	0,06	0,07
Sucre	1	2	0,05	0,09
Cesar	3	0	0,05	0,04
Barranquilla	1	2	0,04	0,15
Santander	1	1	0,02	0,10
Tolima	0	8	0,00	0,04
Casanare	0	4	0,00	0,00
Cauca	0	3	0,00	0,30
Arauca	0	2	0,00	0,09
Putumayo	0	2	0,00	0,17
Santiago de Cali	0	1	0,00	0,07
Cartagena de Indias	0	1	0,00	0,10
Córdoba	0	1	0,00	0,07
Colombia	58	43	0,07	0,09

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30,0 %. SE: semana epidemiológica.

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 39 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 endemidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

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

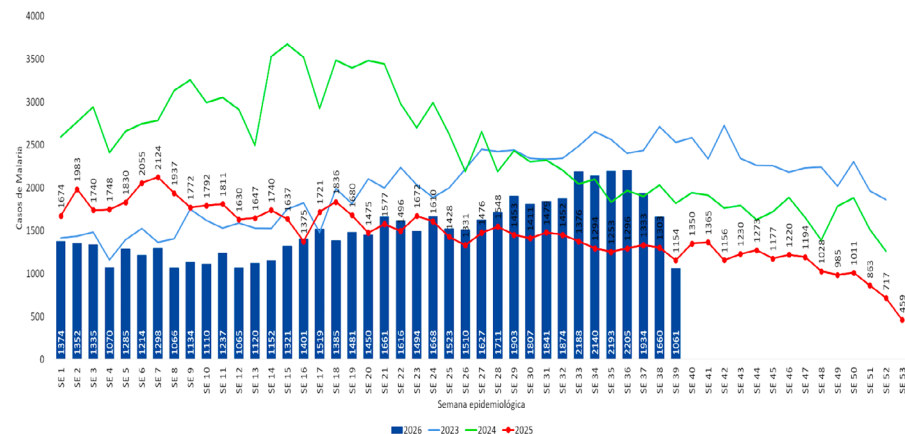
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución de la malaria, como lo muestra la figura 23.

Figura 23. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 39 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 39 del 2026 se notificaron 2 549 casos de malaria, para un acumulado de 58 985 de los cuales 58 388 son de malaria no complicada y 597 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 66,8 % (39 412), seguido de *Plasmodium falciparum* con 31,9 % (18 843) e infección mixta con 1,2 % (730). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 90,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (39,6 %), Antioquia (12,3 %), Córdoba (6,9 %), Nariño (5,0 %), Guainía (4,7 %), Risaralda (3,5 %), Cauca (3,3 %), Amazonas (3,1 %), Bolívar (2,8 %), Vichada (2,5 %), Buenaventura (2,5 %), Meta (2,3 %) y Guaviare (2,0 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 73,9 % de los casos se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 39 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 32 a 35 2026	Casos SE 36 a 39 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	5 388	1 208	684	36,17
Córdoba	Tierralta	2 744	289	260	27,08
Guainía	Inírida	2 595	311	334	65,55
Risaralda	Pueblo Rico	2 105	353	134	125,19
Chocó	Lloró	2 063	325	342	189,89
Chocó	Bagadó	2 025	341	312	167,69
Buenaventura	Buenaventura	1 521	190	261	4,68
Chocó	Istmina	1 501	176	116	42,94
Antioquia	El Bagre	1 492	188	157	26,16
Chocó	Alto Baudó	1 307	320	220	40,63
Chocó	Medio San Juan	1 177	167	156	97,23
Vichada	Cumaribo	1 083	84	66	12,08
Meta	Puerto Gaitán	1 076	83	78	22,78
Chocó	Río Quito	1 062	179	199	112,55
Chocó	Tadó	1 052	272	153	50,68
Cauca	Timbiquí	1 017	159	69	35,50
Bolívar	Montecristo	934	88	115	50,19
Chocó	Bajo Baudó	920	179	146	26,33
Chocó	Carmen del Darién	904	174	131	39,73
Vaupés	Mitú	891	85	31	24,34
Cauca	Guapi	781	100	91	25,93
Chocó	Juradó	770	55	12	99,50
Chocó	Nóvita	763	209	185	71,21
Nariño	Olaya Herrera	727	73	65	27,18
Norte de Santander	Tibú	716	126	80	11,42
Antioquia	Nechí	711	94	71	25,15
Chocó	Atrato	694	158	81	98,12
Chocó	El Cantón del San Pablo	685	67	52	96,03
Amazonas	Tarapacá (CD)	663	71	39	147,53
Córdoba	Puerto Libertador	626	77	49	13,59
Chocó	Medio Atrato	580	84	103	43,64
Guaviare	San José del Guaviare	576	86	70	8,65
Amazonas	La Pedrera (CD)	556	44	82	127,70
Antioquia	Cáceres	549	44	49	17,39
Antioquia	Chigorodó	511	49	55	8,10

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 73,9 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,3 % de los casos; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Tierralta, Quibdó, Pueblo Rico, El Bagre, Bagadó, Puerto Gaitán, Mitú, Carmen del Darién, Juradó, Tibú y Alto Baudó y en incremento el municipio de Inírida, Lloró y Montecristo (tabla 21). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 68,3 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Timbiquí, Istmina, Lloró, Guapi, Medio San Juan, Alto Baudó, Bajo Baudó, Atrato, El Charco y Tadó; en incremento los municipios de Buenaventura, Bagadó y Medio Atrato como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 39 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 32 a 35 de 2026	Casos SE 36 a 39 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	263	243	-8%	6,2%
Guainía	Inírida	262	274	5%	5,7%
Chocó	Quibdó	351	255	-27%	4,8%
Risaralda	Pueblo Rico	282	98	-65%	4,5%
Antioquia	El Bagre	179	153	-15%	3,6%
Chocó	Lloró	149	162	9%	3,1%
Chocó	Bagadó	176	107	-39%	2,9%
Meta	Puerto Gaitán	78	74	-5%	2,4%
Bolívar	Montecristo	91	111	22%	2,3%
Vaupés	Mitú	71	27	-62%	2,1%
Chocó	Carmen del Darién	145	117	-19%	2,1%
Vichada	Cumaribo	43	40	-7%	2,0%
Chocó	Juradó	54	12	-78%	1,9%
Norte de Santander	Tibú	126	80	-37%	1,8%
Chocó	Alto Baudó	162	88	-46%	1,8%

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

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 39 de 2026

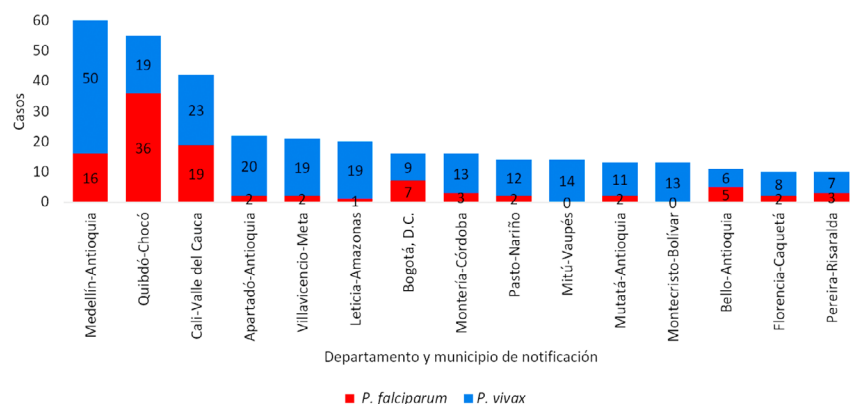
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 32 a 35 de 2026	Casos SE 36 a 39 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	823	427	-48%	18,4%
Buenaventura	Buenaventura	121	194	60%	5,6%
Cauca	Timbiquí	159	68	-57%	5,3%
Chocó	Bagadó	159	200	26%	4,4%
Chocó	Istmina	105	51	-51%	4,3%
Chocó	Rio Quito	137	136	-1%	4,2%
Chocó	Lloró	168	163	-3%	4,2%
Cauca	Guapi	89	86	-3%	3,9%
Chocó	Medio San Juan	93	87	-6%	3,2%
Chocó	Alto Baudó	148	129	-13%	3,1%
Chocó	Bajo Baudó	110	104	-5%	2,6%
Chocó	Atrato	130	66	-49%	2,6%
Nariño	El Charco	53	33	-38%	2,2%
Chocó	Tadó	118	68	-42%	2,2%
Chocó	Medio Atrato	55	72	31%	2,1%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 39 de 2026 se han notificado 597 casos de malaria complicada, que son notificados por 32 entidades territoriales Antioquia, Chocó, Santiago de Cali, Amazonas, Meta, Risaralda, Nariño, Caldas, Bogotá, D.C., Córdoba, Bolívar, Santander, Valle del Cauca, Vaupés, Sucre y Caquetá y notificaron el 91,1 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 58,3 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 24).

Figura 24. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 39 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 39 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se identificaron seis departamentos en situación de incremento y siete en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 49 municipios en incremento y 75 municipios en decremento (tabla 23).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 39 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 39 2025	Acumulado 2026	SE 39 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Frontino	4	213	5	436	17	36	70
Antioquia	Murindó	5	232	8	213	4	38	43
Antioquia	Anorí	4	85	5	196	2	9	21
Antioquia	Cáceres	4	561	4	553	7	36	50
Antioquia	Necoclí	4	93	1	79	5	8	34
Antioquia	Nechí	5	832	15	720	13	31	71
Antioquia	Chigorodó	5	693	4	519	11	47	55
Antioquia	Tarazá	4	437	7	228	6	24	31
Antioquia	Carepa	4	79	1	63	3	10	19
Antioquia	Maceo	4	0	0	3	1	0	2
Antioquia	Amalfi	4	14	0	18	0	0	2
Bolívar	Rio Viejo	5	18	0	130	0	4	11

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 39 2025	Acumulado 2026	SE 39 2026	Esperado	Observado
Bolívar	Tiquisio	4	97	3	139	1	11	17
Bolívar	Montecristo	5	818	19	951	30	57	118
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	65	1	108	4	5	16
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	14	0	72	1	1	3
Caquetá	Cartagena del Chairá	4	6	0	44	0	2	13
Caquetá	Florencia	4	260	1	141	1	7	21
Chocó	Alto Baudó	5	1096	33	1312	10	167	221
Chocó	El Carmen de Atrato	4	182	1	429	27	9	108
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	774	10	686	10	44	53
Chocó	Condoto	4	166	1	323	12	14	45
Chocó	Medio San Juan	5	1028	24	1180	26	83	156
Chocó	Nóvita	5	292	5	765	26	26	186
Chocó	Belén de Bajirá	5	153	6	554	4	14	66
Chocó	Lloró	5	1646	52	2072	35	171	342
Chocó	Istmina	5	1135	31	1517	26	85	120
Chocó	Unión Panamericana	5	180	2	290	18	20	45
Chocó	Rio Quito	5	491	4	1072	39	98	200
Chocó	El Litoral del San Juan	5	83	0	244	6	15	55
Chocó	Quibdó	5	2646	34	5463	94	314	692
Chocó	Medio Atrato	5	404	2	582	11	55	103
Chocó	Carmen del Darién	5	727	11	909	23	65	131
Chocó	Sipí	4	190	5	208	1	17	33
Chocó	Atrato	5	278	2	699	7	39	82
Chocó	Cértégui	4	181	3	251	1	11	29
Guaviare	San José del Guaviare	5	539	9	580	10	66	71
Guaviare	Calamar	4	143	8	251	3	18	38
Guaviare	Miraflores	3	62	2	108	0	13	26
Meta	Puerto Concordia	4	62	2	75	3	9	20
Meta	Puerto Gaitán	4	303	7	1093	9	16	78
Meta	Puerto López	4	191	0	25	0	0	6
Meta	Villavicencio	4	44	0	39	0	2	5
Norte de Santander	El Tarra	4	6	0	14	0	1	4
Norte de Santander	Teorama	4	7	0	48	0	1	5
Norte de Santander	Convención	4	4	0	47	0	1	3
Norte de Santander	El Carmen	4	5	0	20	0	1	3
Valle del Cauca	Santiago de Cali	4	3	0	5	1	1	3
Valle del Cauca	Buenaventura	5	1736	24	1536	36	217	263

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/busador-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (40 de 2025 a 39 de 2026) es de 0,54 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Chocó, Vichada y Risaralda (tabla 24).

El 83,4 % 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 5,3 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (28,1 %) y en los de 1 año de edad (27,1 %). Así mismo, el 65,9 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 39 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Guainía, Norte de Santander, San Andrés y Vaupés; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 218 municipios a nivel nacional (19,4 %) y de disminución en 95 municipios (8,5 %). 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 21 municipios (tabla 25).

37

A semana epidemiológica 39 del 2026, se han notificado 16 138 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 16 059 corresponden a residentes en Colombia y 79 casos de residentes en el exterior.

Tabla 24. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 39, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 39 de 2025	Casos a SE 39 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	16 240	16 059	0,54	19,4	8,5
La Guajira	1 312	1 286	1,54	26,7	20,0
Chocó	650	720	1,34	32,3	9,7
Vichada	163	174	1,29	0,0	25,0
Risaralda	362	457	0,90	35,7	14,3
Guaviare	55	51	0,75	25,0	0,0
Cartagena de Indias	417	440	0,68	0,0	0,0
Magdalena	634	496	0,68	20,7	6,9
Cesar	744	787	0,67	28,0	16,0
Arauca	138	134	0,67	0,0	28,6
Boyacá	392	431	0,63	13,8	4,1
Vaupés	23	22	0,62	0,0	16,7
Nariño	531	601	0,57	25,0	3,1
Antioquia	2133	2 039	0,57	24,0	3,2
Bogotá, D.C	2 029	1 919	0,54	0,0	0,0
Casanare	195	170	0,54	15,8	31,6
Bolívar	485	455	0,52	26,7	8,9
Norte Santander	541	459	0,51	7,5	7,5
Cundinamarca	906	922	0,51	15,5	6,0
Meta	301	362	0,51	27,6	13,8
Amazonas	53	38	0,49	9,1	9,1
Putumayo	148	142	0,49	15,4	15,4
Sucre	308	329	0,47	42,3	7,7
Santiago de Cali	427	389	0,42	0,0	0,0
Valle de Cauca	503	444	0,41	27,5	7,5
Tolima	258	291	0,40	14,9	10,6
Buenaventura.	138	104	0,40	0,0	0,0
Huila	358	312	0,38	10,8	10,8
Santa Marta	139	126	0,38	0,0	0,0
Guainía	35	23	0,37	11,1	22,2
Córdoba	393	499	0,36	16,7	6,7
Caquetá	108	109	0,34	0,0	25,0
Caldas	151	154	0,33	18,5	0,0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	12	0,32	50,0	0,0
Santander	383	385	0,31	18,4	3,4
Cauca	239	280	0,29	26,2	9,5
Quindío	65	73	0,28	0,0	0,0
Barranquilla	250	163	0,28	0,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 40 de 2025 a SE 39 de 2026.

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

Tabla 25. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 39 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Norte de Santander	San José de Cúcuta	223	178
La Guajira	Maicao	290	165
Risaralda	Pereira	94	144
Risaralda	Dosquebradas	38	113
Sucre	Sincelejo	45	96
Tolima	Ibagué	58	90
Cundinamarca	Fusagasugá	52	86
Nariño	Pasto	64	66
Antioquia	Rionegro	30	49
Cesar	Aguachica	22	48
Cauca	Popayán	26	45
Boyacá	Duitama	26	43
Huila	Pitalito	28	38
Valle del Cauca	Cartago	22	29
Atlántico	Sabanalarga	35	28
Antioquia	Envigado	16	27
Cauca	Santander de Quilichao	19	27
Santander	Piedecuesta	37	25
Atlántico	Malambo	31	20
Cundinamarca	Girardot	41	14
Norte de Santander	Villa del Rosario	40	11

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>

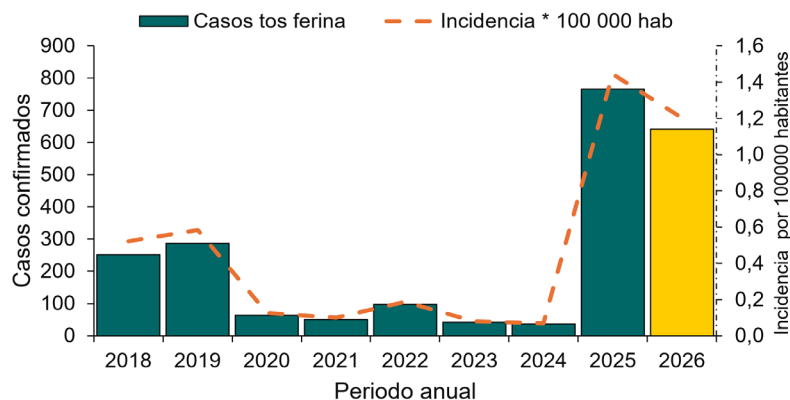
Tos ferina

Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 38 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 38 de 2026p, a nivel nacional se han confirmado 669 casos de tos ferina, de los cuales 642 corresponden a casos con procedencia nacional, utilizados para el cálculo de la incidencia y 27 del exterior. La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 38 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 766 casos de tos ferina y una incidencia de 1,4 casos por cada 100 000 habitantes (figura 25).

Figura 25. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 38, 2018 a 2026p

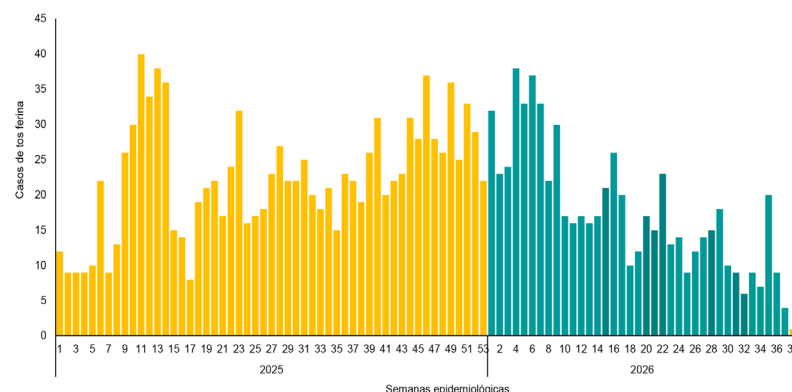


Fuente: Sivigila 2018 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 26 muestra una disminución sostenida de los casos de tos ferina durante el 2026 en comparación con el 2025. Mientras que en 2025 se registraron picos de hasta 40 casos en la semana epidemiológica 11 y 37 casos en la semana 46, durante 2026 los mayores valores se presentaron al inicio del año, alcanzando 38 casos en la semana epidemiológica 05 y 37 casos en la semana epidemiológica 06. A partir de entonces, la notificación mostró una tendencia descendente progresiva, con fluctuaciones y 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 35 a 38) se confirmaron 34 casos lo que representa un aumento del 9,7 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 31 a 34).

Figura 26. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 38 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 38, de 2019 a 2026p

La incidencia nacional de la tos ferina en 2026 fue de 1,2 casos por 100 000 habitantes, con un total de 642 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 (3,1). En frecuencia absoluta, Antioquia concentró el mayor número de casos

confirmados (140 casos), seguida de Bogotá, D.C. (67), Santander (44), Cartagena de Indias (43), Boyacá (40) 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 26 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia por 100 000 habitantes, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026p para la misma semana epidemiológica.

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

Con corte a la semana epidemiológica 38 de 2026, se han identificado 42 brotes de tos ferina en población indígena, con un total de 164 casos asociados en Colombia. De estos 37 brotes (88,1 %) se encuentran cerrados y cinco (11,9 %) 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 Cerrito (Santander), Güicán (Boyacá), Necoclí (Antioquia), Toribío (Cauca) y Cubará (Boyacá) (tabla 27).

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

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		164		
Santander	Cerrito	22	19/09/2026	31/10/2026
Boyacá	Güicán	10	2/09/2026	14/10/2026
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

FIS: fecha de inicio de síntomas

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

Tabla 26. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 38, 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		642
Antioquia	0,8	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	2,7	2,0		140
Bogotá, D.C.	0,8	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	3,2	0,8		67
Santander	0,4	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3	1,9		45
Cartagena de Indias	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	4,3		43
Boyacá	0,5	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,7	3,1		40
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
Santiago de Cali	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	0,1	0,7	0,9		21
Cundinamarca	0,5	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	1,5	0,6		21
Chocó	0,2	0,2	3,7	0,5	0,0	0,3	2,7	3,2		19
Norte de Santander	1,0	0,1	0,0	0,0	0,4	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	0,2	0,0	0,0	1,8	1,1		11
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,8	0,5		11
Vaupés	110,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,8	22,5		10
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	3,6		10
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	0,4	0,8		10
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6		10
Magdalena	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4	0,9		9
Caldas	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3	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
Huila	0,4	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: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2019 a 2026p. p: dato preliminar sujeto a validación.
*La incidencia de Vaupés en 2019 corresponde a un brote registrado en población indígena de ese año.

ALERTAS NACIONALES

Actualización del sismo del 10 de agosto de 2026, Colombia, y acciones de vigilancia en salud pública. Corte 7 de octubre de 2026

El sismo presentado el 10 de agosto de 2026, a las 07:34 horas, de magnitud 7,4 y con epicentro en San José del Palmar (Chocó), generó afectaciones principalmente en la región Pacífica y el Eje Cafetero, especialmente en los departamentos de Chocó, Valle del Cauca, Risaralda, Caldas y Quindío, así como en los distritos de Santiago de Cali y Buenaventura. El seguimiento institucional identifica afectaciones en 16 departamentos del país. La emergencia ha evolucionado hacia una fase de seguimiento y recuperación, manteniéndose la articulación entre las autoridades nacionales y territoriales para la vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental, el monitoreo de los riesgos asociados y el fortalecimiento de las capacidades de respuesta en los territorios afectados.

En materia de vigilancia en salud pública, con corte al 06 de octubre de 2026, se han identificado 19 brotes asociados al contexto posterior al sismo, de los cuales dos permanecen en seguimiento y 17 han sido cerrados, sin registrarse fallecimientos asociados a estos eventos. Los brotes en seguimiento corresponden a una infección respiratoria aguda (IRA) leve en el Alojamiento Temporal de Emergencia (ATE) Colegio Santa Teresita, en Armenia (Quindío), con siete casos, y a una enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en el Hotel Boulevard del Río, en Santiago de Cali, con seis (6) casos. Los demás brotes identificados incluyen eventos de ETA, varicela, parotiditis, COVID-19, enfermedad diarreica aguda (EDA) e infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Se mantiene la investigación epidemiológica, la verificación de factores de riesgo y el seguimiento de las medidas sanitarias implementadas. En los alojamientos temporales de los municipios priorizados no se notifican brotes activos ni alertas sanitarias asociados a enfermedades zoonóticas, transmitidas por vectores o infecciones de transmisión sexual (ITS). Asimismo, no se reportan cambios relevantes en el seguimiento de los eventos no transmisibles priorizados.

En la Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), con corte al 05 de octubre de 2026, se registran 530 reportes comunitarios asociados a la emergencia, concentrados principalmente en Quindío (191), Chocó (99), Caldas (84) y Risaralda (62). Entre el 28 de septiembre y el 5 de octubre se notificaron dos nuevas situaciones en el ATE Coliseo de Quimbaya (Quindío), correspondientes a una menor de tres años con síndrome febril y un menor de nueve años con fiebre y deposiciones líquidas. Ambos recibieron atención ambulatoria y permanecen bajo seguimiento



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

de las autoridades territoriales de salud para establecer la posible ocurrencia de un brote y verificar los factores de riesgo asociados. Se mantiene la articulación con las entidades territoriales para la identificación, notificación y gestión oportuna de situaciones de interés en salud pública.

La emergencia continúa demandando seguimiento a las condiciones de los ATE. Con corte al 05 de octubre de 2026, se registran 118 alojamientos, de los cuales 45 permanecen activos y 73 han sido cerrados, con 1 946 personas caracterizadas en los alojamientos activos. La mayor población caracterizada se concentra en Chocó (548 personas), Santiago de Cali (463), Quindío (356), Valle del Cauca (245), Buenaventura (229), Risaralda (99) y Caldas (6). Frente a la semana anterior, se registra una reducción de 48 a 45 alojamientos activos, lo que evidencia avances en el proceso de recuperación y cierre progresivo de los espacios temporales de atención.

No obstante, persisten riesgos sanitarios asociados a las condiciones de saneamiento básico en los ATE. De los 45 alojamientos activos, 39 cuentan con información disponible sobre condiciones sanitarias y seis permanecen en proceso de caracterización. Entre los alojamientos evaluados, 15 presentan condiciones regulares o deficientes en la gestión de residuos sólidos, principalmente en Valle del Cauca (7), Chocó (5) y Quindío (3). En relación con el acceso a agua para consumo humano, 29 ATE disponen de agua apta, diez no cuentan con acceso a este servicio y seis permanecen en proceso de caracterización. Los alojamientos sin acceso a agua segura se concentran principalmente en Valle del Cauca y los distritos de Cali y Buenaventura (7), seguidos por Chocó (2) y Risaralda (1). Estas condiciones requieren mantener las acciones de vigilancia de la calidad del agua, saneamiento básico y prevención de enfermedades asociadas a factores ambientales.

En los alojamientos caracterizados también se reporta presencia de vectores y plagas de interés sanitario, principalmente zancudos, moscas, roedores, larvas en depósitos de agua y garrapatas, con mayor concentración de hallazgos en Buenaventura y municipios de Chocó. Los reportes anteriores relacionados con murciélagos y serpientes fueron atendidos y no se registra actualmente su presencia en los alojamientos involucrados. Adicionalmente, persisten diferencias territoriales en las condiciones de preparación, lavado, refrigeración y suministro de alimentos, con limitaciones identificadas especialmente en algunos alojamientos de Chocó, Caldas, Quindío, Cali y Buenaventura. Estas situaciones requieren fortalecer la vigilancia sanitaria, las buenas prácticas de manipulación y conservación de alimentos, el control integrado de vectores y

plagas y las intervenciones para reducir los factores de riesgo ambiental.

En cuanto al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), con corte a la semana epidemiológica 39, los territorios priorizados de Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Chocó, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca alcanzaron un cumplimiento del 100,0 % en los tres niveles del flujo de información (UPGD, UNM y UND). No obstante, persisten limitaciones operativas en algunas Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), relacionadas con las afectaciones derivadas de la emergencia. La Red Nacional de Laboratorios mantiene su capacidad diagnóstica mediante mecanismos de contingencia y apoyo territorial, aunque continúan necesidades de insumos para el análisis de muestras clínicas, calidad del agua y diagnóstico de tuberculosis en territorios priorizados. Asimismo, no se reportan situaciones de desabastecimiento de sangre, hemocomponentes o sueros antiofídicos.

Como parte de la respuesta institucional, se mantiene activo el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), con seguimiento continuo a través de la Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA) y la articulación con las autoridades sanitarias territoriales. Las acciones continúan orientadas al monitoreo intensificado de los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP), la investigación epidemiológica de los dos brotes en seguimiento, la vigilancia sanitaria y comunitaria en los alojamientos temporales y el fortalecimiento de las intervenciones de agua segura, gestión de residuos, inocuidad alimentaria y control de vectores. Se requiere completar y actualizar la caracterización de los ATE mediante EWARS y las herramientas territoriales, fortalecer las capacidades técnicas y operativas, especialmente en Chocó y Buenaventura, y garantizar la continuidad de los procesos de vigilancia, diagnóstico, transporte y procesamiento de muestras. Asimismo, se mantiene el seguimiento a los eventos priorizados de salud mental, conducta suicida y salud materna, incluida la atención a gestantes en los territorios afectados.

Si bien la fase de respuesta inmediata ha sido superada y no se identifican necesidades actuales de nuevos despliegues de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI), persisten factores de vulnerabilidad sanitaria y ambiental relacionados con la permanencia de población en alojamientos temporales, las limitaciones de saneamiento básico y la posibilidad de ocurrencia de eventos secundarios con impacto en salud pública. Por esta razón, se mantiene activo el COE-SP y la respuesta institucional de seguimiento y recuperación, con un nivel de riesgo estimado que continúa siendo muy alto.

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS). Reporte de Situación (SITREP) No. 50, 7 de octubre de 2026. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública; Centro de Operaciones de Emergencias en

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 06 de octubre 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 06 de octubre (datos preliminares), se han confirmado por laboratorio 60 casos de fiebre amarilla, con fecha de inicio de síntomas (FIS) entre el 04 de enero y el 19 de septiembre de 2026, el 93,3% (56) procedente del Tolima, el 5,0 % (3) procedente de Cundinamarca y el 1,7 % (1) procedente del Meta. Se han notificado 30 mortalidades, con 28 confirmadas y dos (2) excluidas de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad de 46,6 % (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, siete (7) casos excluidos porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad acumulada del 42,0 % (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 en Paratebuena.

Durante el periodo comprendido entre el 30 de septiembre y el 06 de octubre de 2026, no se han confirmado casos de fiebre amarilla en humanos.

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 34 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). Los últimos casos

fueron 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 de 2025 al 03 de enero de 2026) y semana epidemiológica 01 (04 al 10 de enero de 2026). Los casos de eventos transmitidos por vectores en la semana epidemiológica se calculan según fecha de inicio de síntomas.

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

Actualización de situación de sarampión a nivel nacional, 08 de octubre de 2026

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

De las últimas 04 semanas epidemiológica, 116 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (61), Antioquia (19), Norte de Santander (8), Nariño (6), Amazonas (4), Santiago de Cali, Cesar, Cundinamarca y Tolima (2), Caldas, Caquetá, Cartagena de Indias, Córdoba, Meta, Risaralda, Santa Marta, Santander, Sucre y Vaupés un caso cada uno. Con corte al 06 de octubre de 2026, se han notificado 2 091 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 959 han sido descartados identificando casos confirmados para diagnósticos diferenciales como: dengue, Parvovirus B19, Herpes 6 y Citomegalovirus.

En cuanto a la caracterización genética, ocho (8) casos fueron genotipo D8 que corresponde al serotipo circulante en la región. La epidemia esta activa en Guatemala, Estados Unidos, México y Perú. En respuesta a esta situación, se mantienen activas las Salas de Análisis del Riesgo (SAR) departamentales y nacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 08 de octubre de 2026.

[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 de análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

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

Seguimiento a incendios de cobertura vegetal en Colombia. Corte al 05 de octubre de 2026

En Colombia continúan las condiciones asociadas al fenómeno de El Niño, en un contexto en el que el país atraviesa la segunda temporada de más lluvias. Ambas condiciones pueden coexistir y generar comportamientos diferenciados entre territorios, por lo que se mantiene el seguimiento de los incendios de cobertura vegetal y de sus posibles efectos sobre la salud pública.

En respuesta a esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) y el Instituto Nacional de Salud (INS), mediante la Circular Externa Conjunta 023 del 10 de julio de 2026, mantienen las acciones de vigilancia, prevención y atención en salud y el fortalecimiento del monitoreo epidemiológico y ambiental en el territorio. En Tolima se mantiene activa la Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA), convocada desde el 25 de septiembre para el seguimiento de los incendios y sus potenciales afectaciones.

De acuerdo con la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), con corte al 02 de octubre de 2026 se encontraban activos tres incendios de cobertura vegetal en dos departamentos: en Tolima (Dolores) correspondiente a un incendio subterráneo atípico que ha requerido labores de contención manual y en Valle del Cauca (El Cerrito y Guadalajara de Buga).

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. 278 del 05 de octubre de 2026¹, no reportó municipios en alerta alta. Se encontraban nueve municipios en alerta moderada, localizados en: Uribia y Manaure (La Guajira); Cáqueza (Cundinamarca); Íquira, Neiva y Rivera (Huila); Dolores (Tolima); Sabana de Torres (Santander) y Pasto (Nariño).

Respecto a la calidad del aire, con corte al 05 de octubre de 2026, las plataformas de vigilancia de Bogotá (IBOCA), Área Metropolitana del Valle de Aburrá (SIATA) y Santander reportaron sus estaciones con Índice de Calidad del Aire (ICA) bajo, sin riesgo para la salud humana; mientras que en Barranquilla se reportaron dos estaciones con ICA moderado.

Durante agosto y septiembre se identificaron seis conglomerados asociados a intoxicaciones por inhalación de humo en municipios con incendios forestales,

con un total de 41 personas afectadas. En agosto se registraron eventos en Envigado-Antioquia (3 personas) y San Luis-Tolima (14 personas). En septiembre se reportaron conglomerados en Barranquilla (5) y Tolima: Chaparral (5), Ortega (9) y San Luis (5), en un periodo caracterizado por altas temperaturas e incendios forestales en diferentes zonas del país.

Con base en la información ambiental y epidemiológica disponible, el Grupo de Factores de Riesgo Ambiental (GFRA) del INS determinó que los eventos evaluados durante la semana epidemiológica 39 de 2026 en Huila (Neiva, Teruel, Agrado, Aipe, Íquira y Gigante), Dolores (Tolima) y Nariño (Pasto) presentaron una valoración ambiental de riesgo bajo.

Fuente: Boletín No. 278 de Pronóstico de la Amenaza por Incendios de la Cobertura Vegetal del IDEAM, 5 de octubre de 2026; reporte de incendios forestales en seguimiento de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), 2 de octubre de 2026; plataformas de vigilancia de calidad del aire IBOCA (Bogotá), SIATA (Valle de Aburrá), Santander y Barranquilla; Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), seguimiento de EISP priorizados, SE 39 de 2026; Grupo de Factores de Riesgo Ambiental del Instituto Nacional de Salud (GFRA-INS), valoración del riesgo ambiental, SE 39 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: 06 de octubre de 2026

El caso corresponde a un ciudadano keniano, quien enfermó en la República Democrática del Congo, donde residía y recibió tratamiento en varios centros de salud. Posteriormente, el 02 de octubre de 2026, viajó por carretera a Kampala, Uganda pasando por Beni, el 03 de octubre de 2026 voló a Nairobi. A su llegada, fue trasladado a un hospital y aislado de inmediato. Las muestras analizadas arrojaron resultado positivo para el virus Bundibugyo. A pesar de los cuidados paliativos, el paciente falleció la noche del 05 de octubre de 2026 y fue enterrado el 06 de octubre de 2026, de acuerdo con el protocolo nacional de entierro seguro y digno para casos de ébola.

Kenia es el cuarto país en confirmar un caso de enfermedad por el virus Bundibugyo (BVD por sus siglas en inglés). La República Democrática del Congo está respondiendo a un brote de BVD en curso, mientras que Uganda puso fin al último brote en agosto de 2026. Francia notificó un caso de BVD relacionado con viajes en junio de 2026.

[1] Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Boletín de Alertas por Pronóstico de la Amenaza por Incendios de la Cobertura Vegetal (BAICV). Disponible en: <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>

Las autoridades sanitarias de Kenia han identificado hasta el momento 28 personas que tuvieron contacto con el paciente, entre ellas familiares y personal sanitario. Asimismo, están localizando a 23 pasajeros como a cuatro miembros de la tripulación del mismo vuelo, se están tomando las medidas necesarias para el seguimiento y la cuarentena de las personas consideradas en riesgo.

De acuerdo con la información disponible, la OMS no recomienda la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio con la República Democrática del Congo, Uganda o Kenia. No obstante, mantiene el monitoreo de las medidas adoptadas en materia de viajes y comercio asociadas con este evento y las verifica cuando se considera necesario.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Kenya confirms first imported Bundibugyo virus disease case; WHO supports control efforts. Fecha de publicación: 06 de octubre de 2026. Fecha de consulta: 06 de octubre de 2026. Disponible en: <https://www.afro.who.int/countries/kenya/news/kenya-confirms-first-imported-bundibugyo-virus-disease-case-who-supports-control-efforts>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 39 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 39

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	41	1	1	445	37	56	723	19	114	107	6	16	1	0	0	1	0	0	1	0	0
Antioquia	436	11	14	16802	1439	1634	3159	271	488	1151	115	160	30	4	4	226	64	14	67	6	4
Arauca	91	3	0	826	60	80	2344	98	334	732	24	92	30	1	7	1	1	0	25	2	1
Atlántico	66	5	2	3399	287	333	3124	235	588	1360	140	239	23	7	4	3	1	0	9	1	0
Barranquilla D.E.	11	0	0	3931	287	376	2545	210	262	1153	119	116	24	4	4	4	2	0	20	2	1
Bogotá D.C.	1	0	0	19350	1851	1956	0	0	0	0	0	0	0	0	0	88	21	12	2	0	0
Bolívar	206	6	12	2321	218	207	7542	289	1041	3119	146	455	101	7	12	3	0	0	3	0	0
Boyacá	58	1	1	5725	521	587	247	20	34	107	9	9	4	0	1	4	1	0	3	0	1
Buenaventura D.E.	16	0	0	108	11	7	135	30	26	49	13	15	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Caldas	53	1	1	3486	300	379	150	14	15	59	8	6	0	0	0	5	1	1	22	2	1
Santiago de Cali D.E.	8	0	0	4502	417	460	1093	565	142	401	228	47	8	6	2	3	43	0	81	1	2
Caquetá	134	5	3	973	93	97	410	39	19	214	20	13	12	0	3	0	0	0	5	1	0
Cartagena de Indias D.T.	21	0	2	2115	147	220	3072	362	288	589	167	53	31	9	3	1	0	0	2	1	0
Casanare	138	2	10	1771	133	181	3419	85	329	1021	35	103	22	2	4	1	1	0	7	1	1
Cauca	91	2	1	5043	453	445	199	52	38	67	19	12	7	1	2	5	2	0	12	0	0
Cesar	205	4	5	2619	205	265	6161	252	361	3465	157	167	47	6	6	2	1	1	29	2	0
Chocó	174	4	6	273	23	18	960	84	184	200	17	34	6	1	0	0	0	0	2	1	0
Córdoba	292	9	7	4294	382	384	2726	363	277	1188	179	134	12	3	1	1	1	0	3	0	0
Cundinamarca	72	1	0	12918	1111	1308	1489	137	284	575	68	114	17	1	5	17	5	5	7	0	1
Guainía	6	0	0	218	14	21	10	4	4	3	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	59	1	1	323	67	34	542	28	102	129	9	19	3	0	1	0	0	0	0	0	0
Huila	113	2	3	5691	391	573	981	149	133	388	57	50	49	5	8	7	2	0	27	2	0
La Guajira	110	3	4	1980	248	202	3103	115	47	1673	80	30	52	2	0	3	1	0	7	2	1
Magdalena	121	5	0	2009	192	175	4972	119	545	2450	79	238	35	2	5	1	4	0	5	1	1
Meta	219	6	5	3714	329	365	13182	336	1231	3939	121	359	112	3	6	7	12	0	17	2	0
Nariño	105	1	1	6355	549	631	609	70	57	243	22	25	5	1	1	3	0	0	8	1	0
Norte de Santander	260	7	4	6160	487	682	5298	312	780	1979	156	271	70	5	4	20	18	1	4	0	0
Putumayo	102	2	2	1586	141	156	367	45	74	97	13	17	7	0	3	0	0	0	4	0	0
Quindío	12	0	0	2779	222	255	326	24	71	83	9	19	10	0	4	2	2	0	3	0	0
Risaralda	52	0	2	3774	322	363	156	22	24	60	9	9	2	0	0	14	3	1	10	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	302	28	27	37	7	9	12	4	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	35	0	3	1637	134	135	2041	67	42	913	41	17	7	1	0	1	0	0	6	0	0
Santander	154	6	2	6989	566	716	5930	468	939	2295	207	348	41	5	5	80	4	10	7	0	1
Sucre	73	1	1	2341	199	203	1824	213	416	847	134	179	15	5	3	2	0	0	1	0	0
Tolima	115	3	1	6390	537	632	2619	358	501	858	160	201	37	4	11	6	2	2	17	1	1
Valle del Cauca	58	1	1	7833	637	791	1713	324	464	596	130	149	15	2	3	5	11	2	41	3	2
Vaupés	33	0	0	187	15	20	69	1	17	6	0	1	0	0	0	1	0	0	9	1	1
Vichada	41	1	2	204	24	30	105	19	23	30	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	3.782	94	97	151.373	13.076	15.004	83.382	5.806	10.303	32.158	2.707	3.728	838	87	114	519	204	49	466	33	19

47

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 39

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	1901	263	156	2	1	0	4732	612	491	93	16	6	0	0	0	2240	316	219	13	14	13
Antioquia	7624	792	859	206	27	37	730048	77657	66588	28528	2773	2451	2922	751	477	317310	32425	37100	576	632	576
Arauca	183	6	15	6	2	0	18369	2366	1976	2402	169	327	46	6	19	6287	614	641	40	46	40
Atlántico	2	0	0	5	4	0	116977	12084	17248	2570	282	231	1688	279	229	46171	4121	4987	100	175	100
Barranquilla D.E.	0	0	0	16	10	2	164457	18387	20320	9323	617	1173	1296	285	382	57882	5486	5511	151	203	151
Bogotá D.C.	0	0	0	156	42	31	1213210	132083	150172	54192	4739	4730	6969	1384	1289	596620	58821	79005	564	596	564
Bolívar	1736	106	197	25	4	7	99668	12031	9380	2428	287	235	328	109	61	23292	2498	2120	153	165	153
Boyacá	179	0	11	28	6	6	93855	12693	9659	5439	477	533	324	82	80	38539	3806	5041	88	103	88
Buenaventura D.E.	1536	168	263	13	2	2	7879	1169	762	34	8	1	8	1	0	2453	259	252	41	59	41
Caldas	8	2	0	25	3	5	60449	7711	5214	2472	251	157	946	148	131	26459	2583	2948	59	72	59
Santiago de Cali D.E.	5	1	3	87	14	15	172686	20972	16196	4959	504	515	454	61	61	74680	9197	6675	198	225	198
Cauquetá	324	15	45	18	3	2	24644	3118	1976	1777	171	120	21	9	4	11833	1287	1246	37	48	37
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	17	4	3	132131	18939	15588	8803	443	495	1428	240	325	40374	3847	4754	119	178	119
Casanare	24	1	0	8	1	0	19913	2786	2095	314	76	21	112	17	19	8270	880	841	37	57	37
Cauca	1967	239	176	40	3	8	73784	9539	6193	3373	238	242	175	83	39	28196	5135	2793	149	183	149
Cesar	11	2	1	41	3	8	81220	11024	8071	4310	673	475	314	152	77	18698	2201	1899	166	199	166
Chocó	24602	2222	3429	17	2	3	18645	1852	1466	993	141	92	32	3	9	13288	1015	1375	113	135	113
Córdoba	4139	795	423	25	5	7	155754	14790	14847	8146	647	696	1454	301	361	35216	3793	3367	194	286	194
Cundinamarca	0	0	0	62	9	10	264484	27581	28992	11939	926	1002	830	263	167	126093	12778	14508	272	305	272
Guainía	2881	364	352	0	0	0	1364	193	147	77	23	3	0	0	0	1192	118	120	16	14	16
Guaviare	1216	98	155	3	1	1	5023	556	597	856	46	82	53	13	6	3484	231	413	7	11	7
Huila	0	0	0	26	5	3	62496	9668	5835	4049	385	398	525	80	120	31167	4118	4079	121	133	121
La Guajira	14	2	2	11	2	3	212998	14086	23732	2975	618	343	484	56	54	32702	4108	3527	223	297	223
Magdalena	13	1	2	14	2	2	94848	8927	8681	3336	262	452	23	6	5	26598	2803	2571	90	139	90
Meta	1402	38	121	12	4	3	67176	6612	7009	2725	217	271	198	88	44	35500	3939	3605	107	135	107
Nariño	2980	717	228	67	9	15	87991	13249	9029	6082	396	452	149	38	32	36404	5348	3625	123	150	123
Norte de Santander	865	109	98	77	10	17	117328	12380	8716	8114	718	570	689	115	115	41369	4921	4412	123	169	123
Putumayo	60	4	1	7	2	1	30261	2348	2804	1200	108	166	39	5	6	10822	1040	834	27	45	27
Quindío	3	2	1	10	3	1	37100	5491	2930	1994	200	110	379	56	53	24529	2622	2623	41	43	41
Risaralda	2291	355	150	59	5	9	76735	9271	4583	2397	299	126	229	54	24	30062	3391	3024	78	77	78
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2	1	1	4668	691	508	559	79	37	15	0	4	2138	261	393	5	10	5
Santa Marta D.T.	0	0	0	13	2	4	43499	3155	4397	2773	205	240	618	151	101	15395	1306	1430	66	71	66
Santander	12	1	0	113	9	30	191082	15873	17470	13320	1255	1300	1961	386	385	74039	6613	7995	126	169	126
Sucre	47	7	5	24	3	8	75833	9111	7669	5529	717	467	789	265	184	19765	2338	1974	106	136	106
Tolima	17	0	2	15	3	2	103135	10434	9407	7082	474	504	359	57	76	48111	4626	5675	80	116	80
Valle del Cauca	20	9	3	35	6	7	100268	11876	7586	2754	260	186	807	116	92	54516	5441	5696	132	155	132
Vaupés	1087	233	267	8	1	1	4877	426	591	106	15	9	0	1	0	2185	122	285	6	11	6
Vichada	1509	123	97	2	0	0	2227	419	220	6	4	0	1	0	1	1229	142	100	31	28	31
Total nacional	58.662	6.759	6.851	1.295	211	254	4.771.814	522.160	499.145	218.029	19.719	19.218	26.665	5.655	5.032	1.965.108	204.547	227.663	4.578	5.591	4.578

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 39

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por 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	2	1	1	6	0	0	90	4	21	1	0	0
Antioquia	9	10	0	448	53	28	15	5	0	1070	47	40	2078	214	158	330	45	17
Arauca	2	1	0	23	1	1	0	1	0	43	1	7	169	12	40	50	16	3
Atlántico	2	3	0	57	5	1	0	0	0	24	1	0	650	70	81	33	1	2
Barranquilla D.E.	1	2	0	131	9	6	0	0	0	50	4	6	791	77	50	76	7	3
Bogotá D.C.	18	10	0	1145	119	102	709	5	21	995	68	40	3771	382	337	1476	245	135
Bolívar	6	3	0	33	3	2	2	0	0	30	3	2	353	42	26	15	1	0
Boyacá	4	2	0	145	15	21	17	1	1	131	3	7	569	66	49	173	33	19
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	28	1	5	1	0	0
Caldas	2	1	0	35	7	5	2	1	0	20	1	0	357	30	32	14	2	1
Santiago de Cali D.E.	1	3	0	105	20	6	1	0	0	37	2	1	762	92	43	88	7	8
Caquetá	0	2	0	24	2	3	1	0	0	5	0	0	176	15	16	9	2	4
Cartagena de Indias D.T.	1	2	0	48	5	3	0	0	0	57	2	4	371	60	40	30	1	0
Casanare	2	2	0	43	2	5	1	0	0	46	0	1	209	24	38	22	4	8
Cauca	2	3	0	49	8	6	3	0	0	33	1	2	227	22	19	101	20	19
Cesar	1	4	0	64	5	4	0	0	0	70	2	2	528	32	29	18	0	1
Chocó	0	1	0	3	0	0	0	1	0	117	6	2	22	5	3	11	2	1
Córdoba	3	5	0	143	15	8	1	0	1	18	2	2	1016	140	75	42	5	1
Cundinamarca	5	6	1	332	33	39	244	2	8	177	15	9	1919	171	194	265	48	23
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	0	0	32	1	14	1	0	0
Guaviare	1	0	0	6	0	1	1	1	0	3	0	1	31	5	2	8	3	1
Huila	7	3	1	114	14	8	12	1	0	34	4	2	469	46	47	24	7	5
La Guajira	0	3	0	25	2	2	0	0	0	33	2	1	352	28	41	22	2	2
Magdalena	1	2	0	20	2	0	0	1	0	18	1	1	262	28	16	4	0	0
Meta	5	2	0	53	6	2	13	1	1	121	8	7	368	57	42	34	2	5
Nariño	7	3	0	105	13	14	2	1	0	69	5	7	681	58	92	22	0	1
Norte de Santander	4	3	0	134	15	7	0	0	0	99	4	1	1177	88	76	61	9	5
Putumayo	3	1	0	37	3	0	1	1	0	22	1	0	127	16	10	19	2	6
Quindío	0	1	0	38	4	1	1	1	0	21	1	2	257	29	17	43	13	5
Risaralda	2	1	0	41	5	5	1	1	0	78	3	0	363	41	17	18	1	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	5	0	1	0	1	0	3	0	0	68	6	4	1	0	0
Santa Marta D.T.	1	2	0	14	1	1	0	1	0	15	8	1	191	14	12	9	2	0
Santander	4	4	0	61	8	8	1	0	0	174	8	6	880	78	78	91	10	5
Sucre	3	2	0	42	4	3	4	1	1	31	11	0	425	64	38	29	2	0
Tolima	5	2	0	40	7	7	7	1	0	26	2	5	548	68	73	46	7	5
Valle del Cauca	3	4	0	120	13	3	0	0	0	13	1	1	821	87	64	38	10	6
Vaupés	0	0	0	3	0	0	1	1	0	108	3	3	31	1	8	3	1	0
Vichada	0	0	0	2	0	2	4	1	0	28	1	0	75	2	3	1	0	0
Total nacional	109	88	2	3.689	399	305	1.047	49	34	3.831	214	163	21.244	2.144	1.910	3.229	510	293

49

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 39

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	66	12	9
Antioquia	1	1	0	1	1704	2039	0	0	4220	4578	846	487
Arauca	1	0	0	0	214	134	0	0	139	171	15	10
Atlántico	1	0	0	0	328	261	0	0	735	737	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	202	163	0	0	730	778	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	2491	1919	0	0	4218	4833	0	0
Bolívar	0	2	0	0	395	455	0	1	449	419	315	300
Boyacá	2	0	0	0	395	431	0	0	831	759	145	82
Buenaventura D.E.	0	1	0	0	123	104	0	0	75	82	15	25
Caldas	0	0	0	0	149	154	0	0	914	964	157	77
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	384	389	0	1	1354	1556	1	0
Caquetá	0	0	0	0	144	109	0	0	195	165	206	122
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	285	440	0	0	440	487	1	1
Casanare	7	0	0	0	246	170	0	0	233	230	6	6
Cauca	0	0	0	0	253	280	0	0	666	697	44	19
Cesar	3	0	0	0	614	787	0	0	457	481	167	264
Chocó	0	0	0	0	659	720	0	0	94	143	188	142
Córdoba	1	2	0	0	448	499	0	0	839	915	156	95
Cundinamarca	1	0	0	0	1003	922	0	0	1838	2280	153	83
Guainía	0	0	0	0	45	23	0	0	23	24	14	10
Guaviare	0	0	0	0	77	51	0	0	47	51	247	140
Huila	0	0	0	0	347	312	0	1	642	668	7	11
La Guajira	0	0	0	0	1575	1286	0	0	240	302	21	26
Magdalena	0	0	0	0	506	496	0	0	294	331	6	10
Meta	1	0	0	0	337	362	0	0	564	528	158	90
Nariño	0	0	0	0	534	601	0	0	1150	1195	177	92
Norte de Santander	1	1	0	0	556	459	0	0	876	1005	173	114
Putumayo	0	0	0	0	155	142	0	0	239	202	193	42
Quindío	0	0	0	0	80	73	0	0	400	391	1	0
Risaralda	0	0	0	0	329	457	0	0	964	932	90	62
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	12	0	0	22	28	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	97	126	0	0	236	267	10	12
Santander	3	0	0	0	383	385	0	0	1287	1388	514	677
Sucre	1	0	0	0	220	329	0	0	389	378	82	70
Tolima	2	0	0	0	286	291	0	0	920	902	183	77
Valle del Cauca	0	0	0	0	397	444	0	0	1042	1147	14	5
Vaupés	0	0	0	0	47	22	0	0	62	72	31	11
Vichada	0	0	0	0	226	174	0	2	21	30	27	31
Total nacional	28	7	0	1	16.288	16.059	0	5	27.909	30.182	4.188	3.205

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 39

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	2	1	0	1	5
Antioquia	16	7	15	12	6	4	23	26	11	8	104	415
Arauca	0	0	1	0	0	1	3	1	1	0	4	1
Atlántico	3	0	6	1	1	0	7	3	5	0	24	24
Barranquilla D.E.	3	1	4	0	1	1	5	7	2	1	19	21
Bogotá D.C.	2	1	14	12	1	2	28	27	0	1	119	890
Bolívar	2	2	6	1	2	1	9	11	7	3	18	5
Boyacá	1	0	3	2	1	0	4	3	1	0	19	18
Buenaventura D.E.	0	2	2	1	0	3	4	3	2	2	5	3
Caldas	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	16	11
Santiago de Cali D.E.	2	1	4	1	1	0	7	1	1	1	34	39
Caquetá	3	1	2	3	0	0	6	2	3	0	6	6
Cartagena de Indias D.T.	9	1	5	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	9	3	1	2	24	3
Cesar	2	0	9	4	5	3	7	10	10	10	22	27
Chocó	2	2	10	6	20	13	26	33	34	20	9	12
Córdoba	2	3	7	2	1	1	11	14	7	1	30	28
Cundinamarca	1	2	8	6	0	0	8	6	0	0	54	134
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	2	0	3	2	0	1	4	4	3	0	18	42
La Guajira	0	0	16	10	20	16	32	26	35	24	16	2
Magdalena	1	1	6	5	1	4	9	7	12	3	15	5
Meta	0	1	4	1	1	1	5	9	6	2	17	29
Nariño	1	2	8	4	2	2	8	6	3	0	26	36
Norte de Santander	2	0	6	0	2	0	4	3	3	0	26	59
Putumayo	0	1	2	1	1	2	2	0	1	1	6	7
Quindío	2	1	1	2	0	0	2	1	0	0	8	12
Risaralda	5	0	3	3	7	2	6	14	7	1	15	12
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
Santa Marta D.T.	2	2	3	2	2	1	3	1	0	1	9	18
Santander	1	2	4	0	0	1	6	3	1	0	36	36
Sucre	2	3	3	3	0	1	5	1	2	0	16	17
Tolima	3	5	4	5	1	2	6	4	1	1	21	35
Valle del Cauca	3	0	2	1	2	2	8	4	3	1	32	53
Vaupés	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	2	1
Vichada	0	0	3	1	2	3	4	2	8	8	2	0
Total nacional	346	355	170	102	96	71	294	247	173	92	801	2.052

51

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 39

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	3	16	19	0	0	47	56	2	2	503	433
Antioquia	119	106	946	1111	2	1	2920	3741	94	104	17934	15129
Arauca	25	11	135	118	0	0	111	112	1	1	966	1070
Atlántico	35	21	273	254	1	0	379	503	15	24	1978	1883
Barranquilla D.E.	34	15	298	264	1	2	658	783	19	29	2024	2341
Bogotá D.C.	85	86	686	806	0	0	1027	1145	27	31	24959	24286
Bolívar	35	18	238	213	2	3	154	170	4	2	1877	1857
Boyacá	18	8	78	70	0	1	139	171	2	2	3402	3364
Buenaventura D.E.	18	13	109	99	0	0	131	162	5	6	284	242
Caldas	15	12	108	125	0	0	260	276	4	4	2453	2693
Santiago de Cali D.E.	24	26	371	491	0	0	1172	1161	39	38	5911	4825
Caquetá	7	4	66	66	0	0	205	230	5	8	872	773
Cartagena de Indias D.T.	57	31	279	320	1	0	343	433	4	7	1174	1497
Casanare	31	20	110	137	0	0	123	156	4	4	700	870
Cauca	16	10	144	175	0	1	238	230	3	1	2662	2699
Cesar	30	20	249	231	1	0	347	378	4	10	1587	1678
Chocó	38	28	189	165	0	0	182	194	2	2	349	441
Córdoba	21	16	237	215	2	1	223	257	5	3	2691	2760
Cundinamarca	49	31	300	379	0	0	420	529	12	13	11096	12008
Guainía	5	6	16	10	0	0	18	16	0	0	168	150
Guaviare	4	2	19	14	0	0	32	46	1	0	241	338
Huila	14	12	120	149	0	1	338	382	7	6	4774	5104
La Guajira	48	31	300	243	0	1	432	614	7	10	1100	1167
Magdalena	24	9	184	194	2	0	144	164	2	5	1093	1144
Meta	37	49	198	214	0	0	535	561	18	23	1987	2123
Nariño	12	11	171	188	1	1	144	215	4	6	3568	3979
Norte de Santander	67	27	382	336	0	0	579	723	12	12	3094	3322
Putumayo	4	7	72	69	0	1	87	99	3	1	1117	1335
Quindío	9	10	75	73	0	0	221	240	4	9	2085	1956
Risaralda	22	10	141	160	0	2	497	550	19	8	2890	2769
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	6	6	0	0	9	13	0	1	184	194
Santa Marta D.T.	14	11	99	178	0	0	217	273	3	2	536	498
Santander	49	21	338	362	0	0	871	1087	23	16	5025	5511
Sucre	12	14	160	132	1	2	83	79	1	2	1399	1403
Tolima	20	18	126	140	1	1	456	606	12	14	2546	2778
Valle del Cauca	31	22	254	320	0	0	574	813	16	20	5705	5623
Vaupés	1	2	4	5	0	0	16	24	0	0	238	350
Vichada	6	6	29	31	0	0	28	21	1	0	202	201
Total nacional	1.058	747	7.526	8.082	13	18	14.355	17.213	385	426	121.373	120.794



Semana epidemiológica 39
27 de septiembre al 03 de octubre de 2026

TEMA CENTRAL

**Comportamiento de la infección respiratoria aguda,
Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 38 de 2026**

Directora General INS

Dra. Zulma Milena Cucunubá Pérez

Expertos temáticos

Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Greace Alejandra Ávila Mellizo

Subdirectora (E) de Vigilancia, Control y Prevención

Luis Carlos Gómez Ortega

Subdirector (E) de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en
Salud Pública

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín Epidemiológico Semanal

Autoras: tema central: Diana Marcela Forero Ombita, Ximena Castro Martínez. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz, Natalí Paola Cortés Molano, Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez, Paola Andrea Benavides Barcenas. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Natalí Paola Cortés, Germán Ernesto Torres, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Sandra Patricia Silva Duarte. **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/10.33610/23576189.2026.39>