Salud

Instituto Nacional de Salud



Fuente: foto: Imagen de vigilancia comunitaria en el ámbito escolar. Claudia Marcela Muñoz Lozada. edición Chatgpt AI

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Año 21

Vigilancia en salud pública de la población escolarizada

La vigilancia en salud pública en población escolarizada permite anticipar riesgos y fortalecer la protección de la salud en los entornos educativos.

Semana epidemiológica

25 al 31 de octubre de 2026

43

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

109 AÑOS INS

Construyendo salud pública con y desde los territorios

	Pág.
Tema central Vigilancia en salud pública de la población escolarizada, Colombia, 2015-2025	3
Situación nacional	12
Mortalidad	15
Eventos trazadores	22
Brotes y alertas	42
Tablas de mando por departamento	46

TEMA CENTRAL

Vigilancia en salud pública de la población escolarizada, Colombia, 2015-2025

Lady Alexandra Castillo Vargas, lcastillo@ins.gov.co

La población escolarizada constituye un grupo prioritario para la salud pública en Colombia, dado que las instituciones educativas representan espacios de socialización y convivencia en los que es posible identificar tempranamente riesgos, eventos y situaciones que pueden afectar la salud individual y colectiva y, al mismo tiempo, desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fortalecimiento de entornos protectores (1–3).

A nivel mundial, diversos países han implementado sistemas de vigilancia escolares para hacer seguimiento y detectar brotes oportunamente en los entornos educativos. En Oregón (Estados Unidos) se han implementado sistemas de vigilancia escolar centrados en el ausentismo escolar para detectar las tendencias de la infección respiratoria aguda (IRA) y realizar la detección temprana de la transmisión mediante un sistema telefónico automatizado de reporte que realizan padres. Este sistema ha permitido evaluar su utilidad para la detección temprana de la transmisión de IRA (4).

En Inglaterra se desarrolló un sistema de vigilancia basado en el ausentismo escolar, que permitió identificar la utilidad del ausentismo como un indicador indirecto del comportamiento de la IRA y una herramienta para orientar políticas públicas y las respuestas locales (5). En Singapur el reporte de enfermedades respiratorias febriles durante la pandemia de influenza H1N1 fue realizado por los profesores mediante encuestas, para detectar brotes en el ámbito escolar. Se identificó variabilidad en las tasas de ataque en las aulas, lo que sugirió una transmisión localizada dentro de ellas (6).

También se han documentado experiencias de vigilancia respiratoria comunitaria en entornos escolares en Kansas (Estados Unidos) para la detección de virus respiratorios en estudiantes y personal escolar, mediante entrega mensual de hisopos nasales autoadministrados cuando los estudiantes presentaban algún síntoma respiratorio (7).

En Colombia, se han implementado experiencias exitosas de vigilancia comunitaria e integración con la vigilancia de indicadores en las instituciones educativas y las secretarías de salud. En Bogotá, D.C., esta vigilancia se ha realizado desde hace más de 10 años integrando la comunicación continua entre la Secretaria Distrital de Educación, las instituciones educativas públicas y privadas y la Secretaría Distrital de Salud a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud para el reporte de situaciones de ausentismo escolar e identificación de brotes detectados en la comunidad educativa los cuales son intervenidos por los equipos de respuesta inmediata (8). Otra experiencia exitosa fue la articulación entre el

personal educativo de los internados indígenas y la Secretaría de Salud de Guainía para el reporte y seguimiento oportuno de los brotes de varicela identificados (9).

El Instituto Nacional de Salud (INS) resalta la importancia de la vigilancia en entornos escolares, al tratarse de escenarios de alta concentración poblacional que facilitan la transmisión de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y exantemáticas. En este sentido, los protocolos de los eventos de vigilancia en salud pública del INS incluyen a la población escolarizada como un grupo clave para la detección temprana de brotes, la investigación epidemiológica y la implementación de medidas de control (10). De manera complementaria, las estrategias de vacunación escolar, como la dirigida contra el virus del papiloma humano (VPH), diferencian entre población escolarizada y no escolarizada, con el fin de garantizar coberturas equitativas y oportunas (11).

La gestión del riesgo y la respuesta inmediata en salud pública son fundamentales en Colombia para realizar el seguimiento de poblaciones especiales, como las fuerzas militares, la policía, la población privada de la libertad y la población escolarizada. Este seguimiento permite un abordaje integral de las alertas y los brotes mediante procedimientos estandarizados y con enfoque diferencial. Estos grupos tienen mayor susceptibilidad a presentar situaciones de salud pública por el contexto en el que se encuentran y las interacciones que allí se presentan (12).

Para efectos del presente sistema de vigilancia, la definición de población escolarizada se fundamenta en los referentes establecidos por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, y el enfoque de curso de vida establecido en la Resolución 3280 de 2018. En este marco y de acuerdo con el curso de vida, esta población comprende personas en primera infancia, infancia y adolescencia menores de 18 años, así como jóvenes de 18 años que continúan vinculados al sistema educativo (13–15). Su concentración cotidiana en espacios colectivos y el papel de las instituciones educativas como escenarios de interacción entre estudiantes, familias, docentes y comunidad educativa hacen de esta población un grupo estratégico para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la detección temprana de riesgos y la vigilancia en salud pública (1,14,15).

En el marco normativo, el Decreto 1526 de 2002, compilado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación 1075 de 2015, establece la obligación de reportar la población escolarizada por institución educativa, grado, edad, sexo y zona dentro de los sistemas de información en el país (16). Dicho reporte constituye un insumo fundamental para articular políticas públicas, dimensionar coberturas y focalizar intervenciones sanitarias en esta población. Desde la perspectiva del sector salud, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (PDSP) reconocen a la escuela como un escenario estratégico para la implementación de acciones colectivas en vacunación, salud mental, vigilancia nutricional y prevención de enfermedades (17).

Se realizó un análisis de la población escolarizada en Colombia en el marco del sistema de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud (INS), con un enfoque de gestión del riesgo. El proceso metodológico se estructuró mediante una estrategia multimodal, entendida como la integración secuencial de diferentes métodos, fuentes de información, enfoques de vigilancia y mecanismos de articulación intersectorial para el diseño de sistemas de vigilancia orientados a fortalecer la detección temprana, el análisis del riesgo y la respuesta oportuna frente a eventos de interés en salud pública.

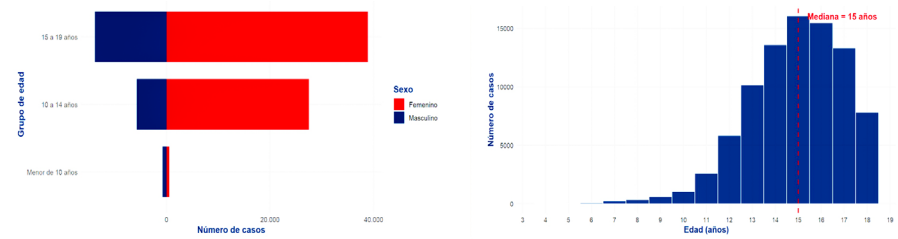
A continuación, se presentan los análisis realizados a partir de la información disponible en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) para el período 2015-2025. Para cada evento se utilizó la información disponible desde 2015 o 2016, según la disponibilidad histórica de los datos. Se incluyeron los registros correspondientes a personas con ocupación reportada como "estudiante" o clasificadas como "población escolarizada", en el grupo de edad de 0 a 18 años. La principal limitación de este análisis corresponde a la imposibilidad de verificar de manera directa que la totalidad de los casos notificados estuvieran efectivamente matriculados en una institución educativa al momento de la notificación.

Intento de suicidio

Entre 2016 y 2025 se notificaron 87 293 casos de intento de suicidio en población menor de 19 años en Colombia, con un incremento del 106,2 % en la notificación durante el periodo analizado. El 76,8 % de los casos correspondió al sexo femenino y la mediana de edad fue de 15 años; además, el 58,5 % requirió hospitalización, lo que evidencia una carga asistencial importante. La distribución por edad mostró mayor concentración en adolescentes, particularmente entre los 15 y 18 años, por lo que este grupo constituye una prioridad para la identificación temprana y la atención integral del riesgo suicida (figura 1).

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

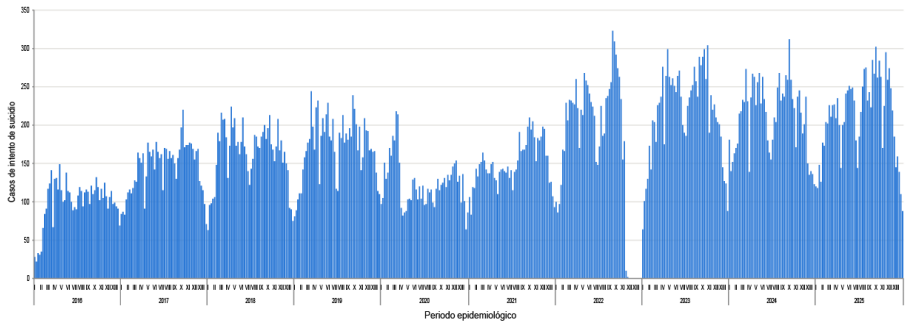
Figura 1. Distribución de los casos de intento de suicidio en población escolarizada según sexo y edad, Colombia, 2016–2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 356, 2016 a 2025

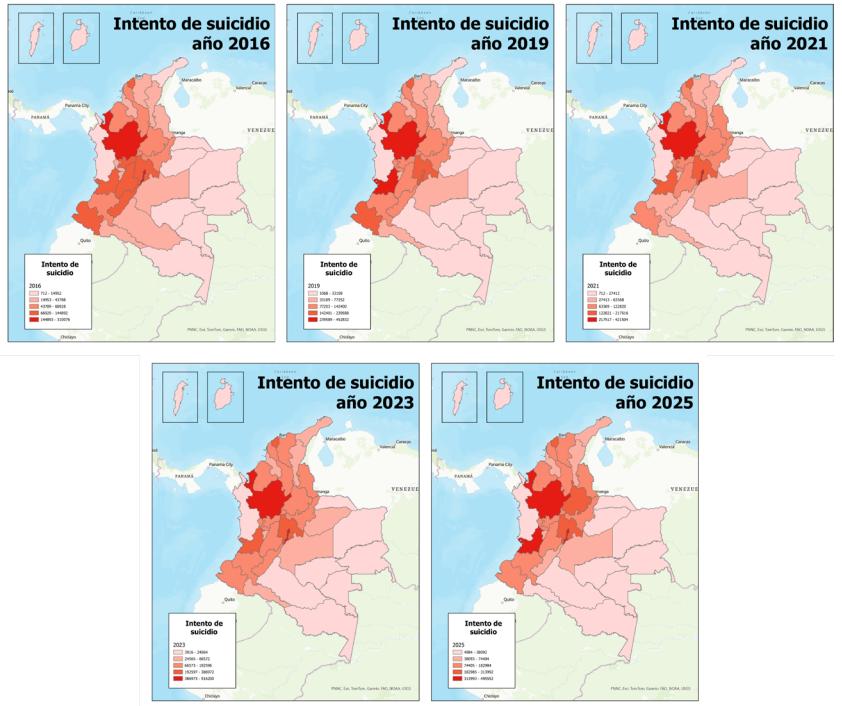
La notificación presentó un comportamiento ascendente entre 2016 y 2019, una reducción en 2020 y un incremento posterior, con picos superiores a 300 casos por periodo epidemiológico en los años recientes. El 82,1 % de los casos se registró en cabeceras municipales (71 711) (figura 2), en el análisis de la distribución geográfica se evidenció un mayor número de casos notificados en Antioquia y otros departamentos de la región Andina (mapa 1).

Figura 2. Comportamiento histórico de la notificación por periodo epidemiológico de intento de suicidio de población escolarizada, Colombia, 2016–2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 356, 2016 a 2025

Mapa 1. Distribución por departamento de los casos de intento de suicidio notificados en población escolarizada, Colombia, 2016, 2019, 2021, 2023 y 2025



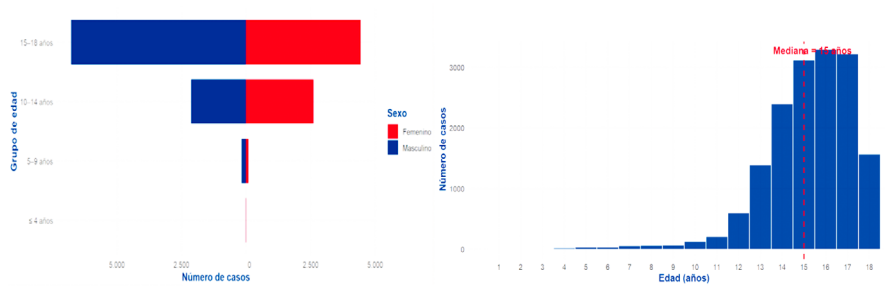
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 356, 2016 a 2025

Intoxicaciones por sustancias psicoactivas (SPA)

Durante el periodo 2015-2025 se notificaron 16 257 intoxicaciones por SPA en la población hasta los 18 años, con una mediana de edad de 15 años y concentración de casos entre los 14 y 17 años. La distribución por sexo mostró predominio masculino en el grupo de 15 a 18 años y mayor participación femenina entre los 10 y 14 años. El 45,9 % de los casos requirió hospitalización y se registraron 25 defunciones, equivalentes a una letalidad notificada del 0,15 %. Estos resultados destacan la necesidad de intervenciones preventivas diferenciadas por edad y sexo en adolescentes (figura 3).

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

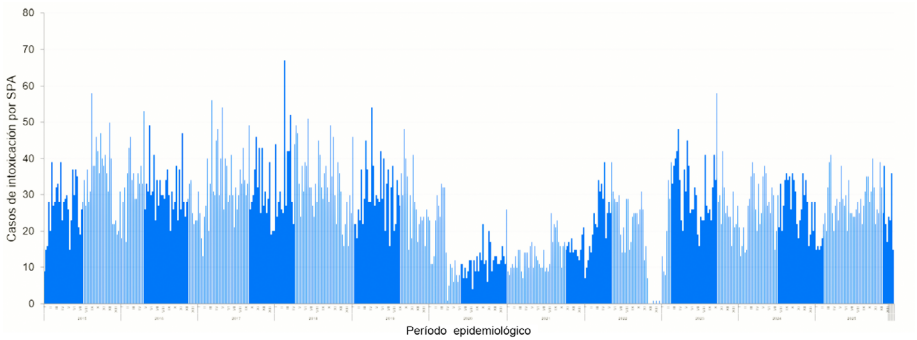
Figura 3. Distribución de las intoxicaciones por sustancias psicoactivas en población escolarizada, según sexo y edad, Colombia, 2015–2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 414, 2015 a 2025

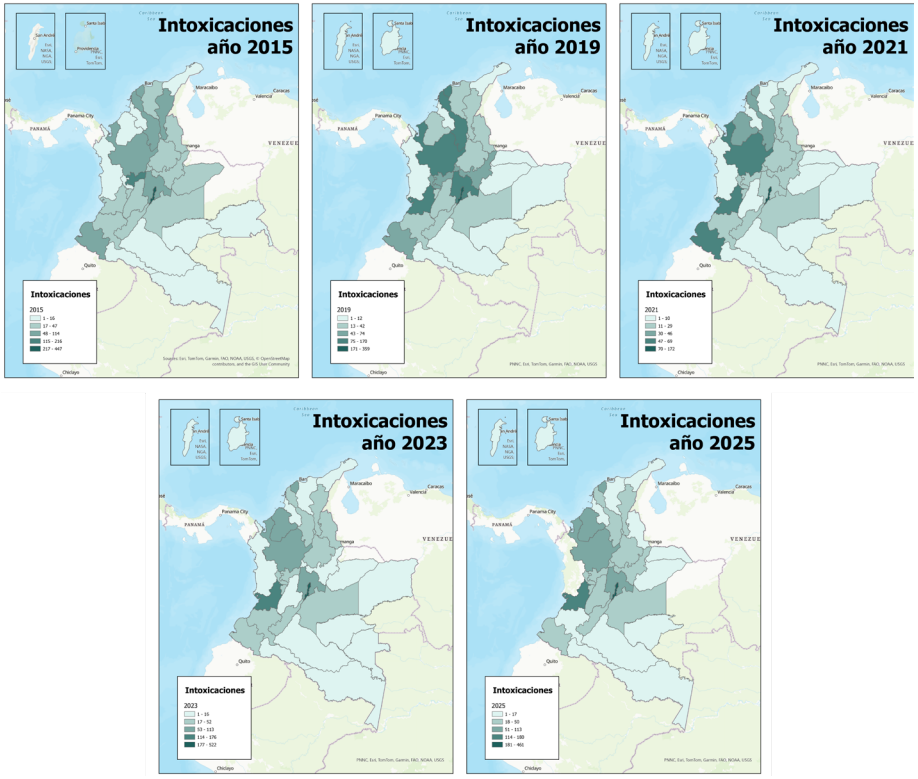
La frecuencia de intoxicaciones por SPA por periodo epidemiológico fue mayor entre 2015 y 2019, con picos superiores a 60 casos y descendió marcadamente en 2020 y 2021; desde 2022 hasta 2025 se observó una recuperación parcial de la notificación, sin un patrón estacional definido. La mayor proporción de casos se registró en cabeceras municipales (89,7 %; 14 576 casos) (figura 4); mientras que por distribución espacial, sobresalieron los departamentos de la región Andina, particularmente Antioquia y el centro-occidente del país. La concentración urbana refleja frecuencias notificadas, no necesariamente un mayor riesgo individual; se requiere complementar la lectura con tasas poblacionales y reforzar la prevención, detección y atención en ámbitos escolar, familiar y comunitario (mapa 2).

Figura 4. Comportamiento histórico de la notificación por periodo epidemiológico de intoxicaciones por sustancias psicoactivas en la población escolarizada, Colombia, 2015–2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 414, 2015 a 2025

Mapa 2. Distribución por departamento de los casos notificados de intoxicaciones por sustancias psicoactivas en población escolarizada, Colombia, 2015, 2019, 2021, 2023 y 2025



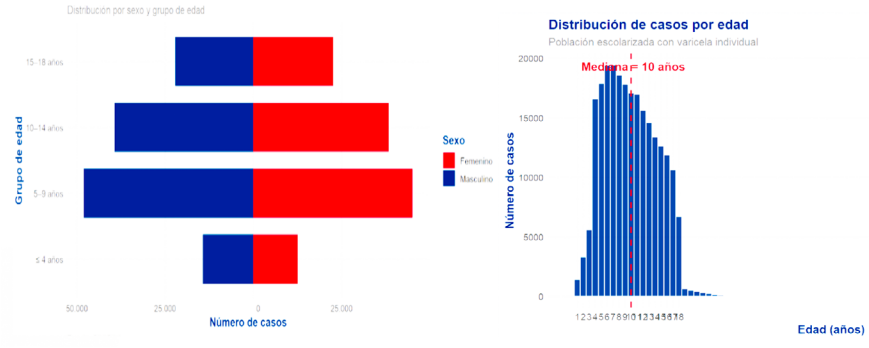
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 414, 2016 a 2025

Varicela

Entre 2015 y 2025 se notificaron 234 758 casos de varicela en menores de 18 años en Colombia. La tasa de notificación disminuyó de 347,1 a 60,3 casos por 100 000 menores de 19 años entre los extremos del periodo, acompañada de un cambio en la distribución por edad hacia escolares mayores y adolescentes. La mayor concentración se presentó en los grupos de 5 a 9 y de 10 a 14 años, con mediana de 10 años y ligero predominio masculino. Se documentaron 1 590 hospitalizaciones y 13 defunciones, lo que indica baja frecuencia de desenlaces graves entre los casos notificados, aunque con heterogeneidad territorial (figura 5).

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

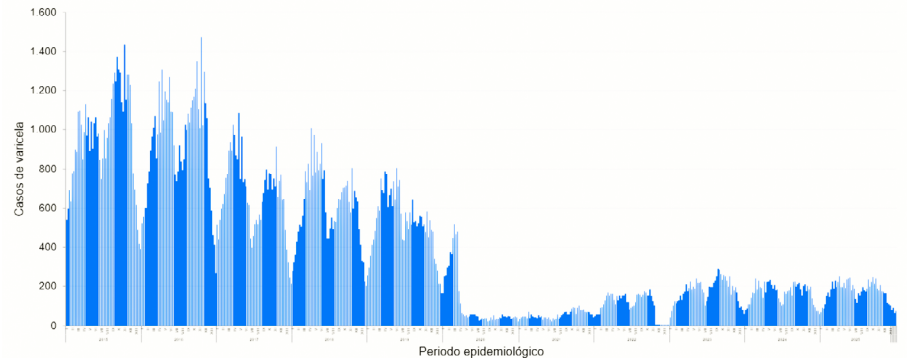
Figura 5. Distribución de los casos de varicela en población escolarizada por sexo y edad, Colombia, 2015–2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 831, 2015 a 2025

La serie semanal muestra un descenso progresivo desde 2015, una caída pronunciada entre 2020 y 2021 y una recuperación parcial desde 2022, sin retornar a los máximos previos a la pandemia. El 85,1 % de los casos de la distribución por área de residencia consignada en el documento se notificó en cabeceras municipales (figura 6).

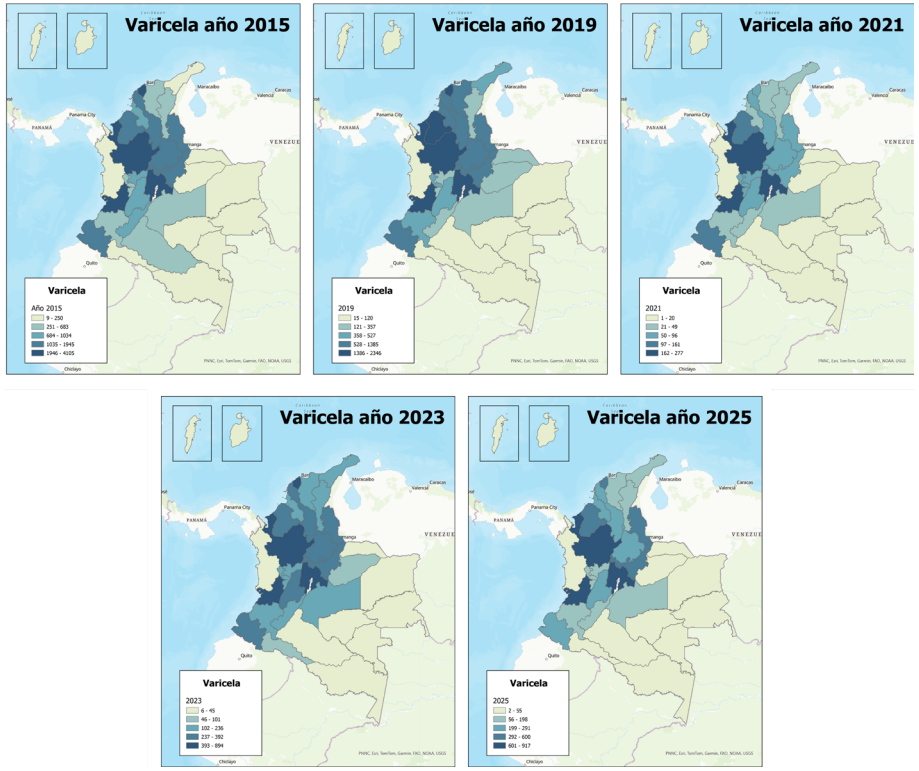
Figura 6. Comportamiento histórico de la notificación de varicela en población escolarizada, Colombia, 2015–2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 831, 2016 a 2025

Respecto a la distribución geográfica por departamento se evidencia una distribución heterogénea de los casos de varicela en población escolarizada en Colombia entre 2015 a 2025, con una concentración persistente en departamentos de la región Andina y Pacífica, que presentan los mayores rangos de notificación. Se observa estabilidad en los patrones espaciales a lo largo del tiempo, manteniéndose departamentos con alta carga de casos, mientras que las regiones de la Amazonía y la Orinoquía registran menores frecuencias. Para 2025, el rango máximo de casos notificados aumenta respecto de 2019, lo que sugiere un incremento de la carga del evento o un fortalecimiento de la capacidad de detección y notificación en algunos territorios (mapa 3).

Mapa 3. Distribución por departamento de los casos notificados de varicela en población escolarizada, Colombia, 2016, 2019, 2021, 2023 y 2025



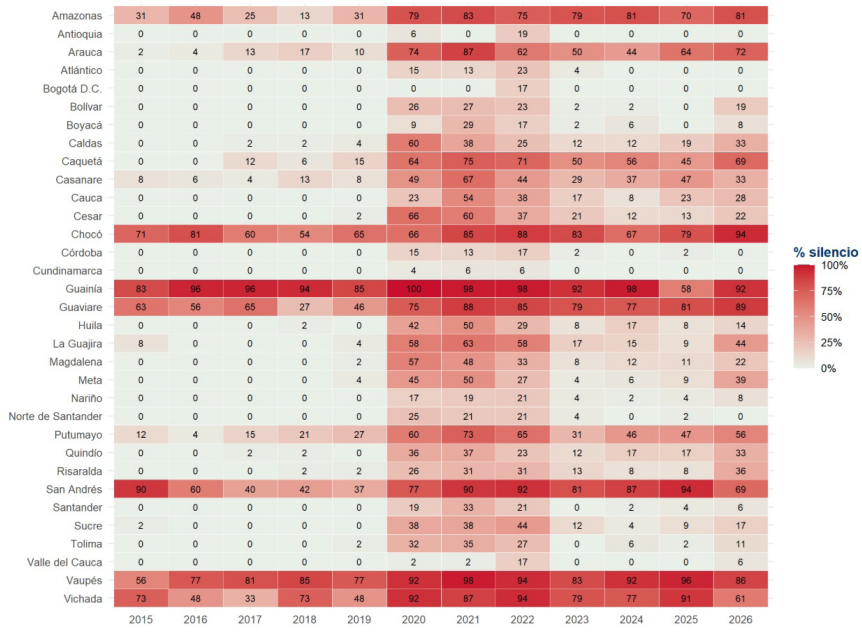
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 831, 2016 a 2025

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

Con el fin de profundizar en los hallazgos descriptivos de varicela, se presentan análisis complementarios de tendencias temporales, silencio epidemiológico, hospitalización e incidencia estandarizada, que permiten identificar diferencias territoriales y temporales en la notificación y aportar elementos para la evaluación del riesgo epidemiológico.

De 2015 a 2025, los mayores silencios epidemiológicos en la notificación de varicela de la población escolarizada se concentraron en Guainía, Vaupés, Vichada, Chocó, San Andrés y Guaviare, con proporciones que superaron el 80,0 % en varios años. A partir de 2020, se evidenció un incremento del silencio en múltiples territorios, lo que sugiere posibles debilidades en la detección y notificación, y resalta la necesidad de evaluar la cobertura y sensibilidad de la red de vigilancia (tabla 1).

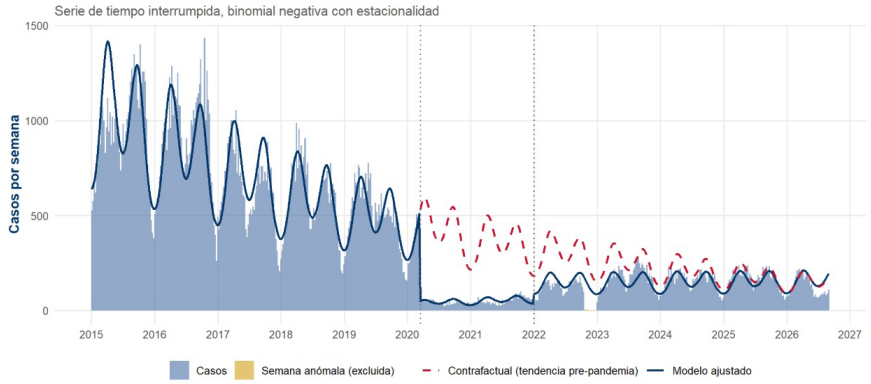
Tabla 1. Silencios epidemiológicos de la notificación de varicela de la población escolarizada, Colombia, 2015-2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 831, 2016 a 2025

El análisis de la serie de tiempo interrumpida de varicela en menores de 18 años evidencia una tendencia decreciente de la notificación entre 2015 y 2019, seguida de una reducción abrupta durante 2020, coincidente con el inicio de la pandemia por COVID-19. A partir de 2022, se observa una recuperación parcial de los casos, con fluctuaciones estacionales, aunque sin alcanzar los niveles previos a la pandemia. Los casos observados permanecieron por debajo de los valores esperados según la tendencia contrafactual, lo que podría estar relacionado con cambios en la transmisión, las medidas de aislamiento, posibles variaciones en la notificación y la vacunación, teniendo en cuenta que la dosis de refuerzo de la vacuna contra la varicela a los cinco años se implementó el 01 de julio de 2019 (18) (figura 7) (tabla 2).

Figura 7. Serie de tiempo interrumpida de casos semanales notificados de varicela en menores de 18 años, Colombia, 2015–2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila evento 831, 2016 a 2025

Tabla 2. Puntos de quiebre estimados de la notificación de varicela (regresión segmentada)

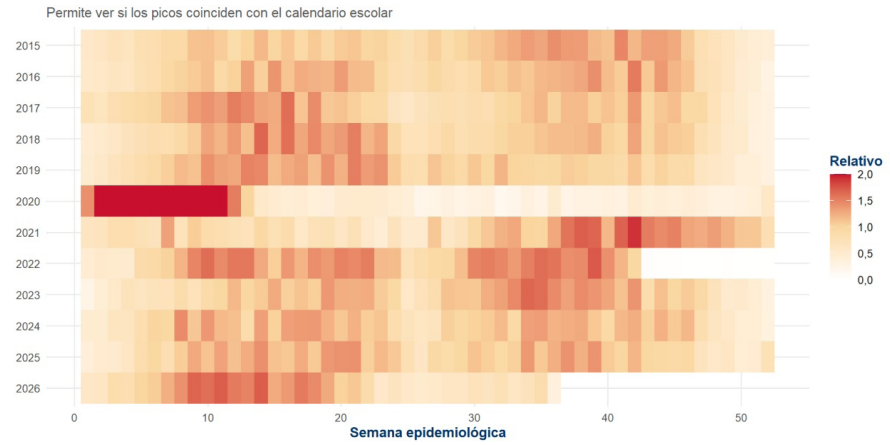
Tramo	Desde	Hasta	Semanas	CPA (%) / cambio	IC 95 %
1	2015-01	2020-03	270	−15,5	−16,5 a −14,5
2	2020-03	2020-03	3	Cambio abrupto de nivel	—
3	2020-03	2023-06	168	78,4	66,0 a 91,8
4	2023-06	2026-08	167	−10,7	−15,0 a −6,3

El análisis de la intensidad relativa semanal de la notificación de varicela en Colombia durante 2015-2026 evidencia un patrón estacional con mayores concentraciones de casos entre las semanas epidemiológicas 10 y 22, y un

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.

segundo incremento entre las semanas epidemiológicas 35 y 43, especialmente durante los periodos anteriores y posteriores a la pandemia. En 2020, se observa una alteración marcada de este comportamiento, mientras que desde 2022 reaparecen los patrones de mayor intensidad relativa. Estos hallazgos sugieren una posible relación entre los incrementos de la notificación y los periodos de actividad escolar (figura 8).

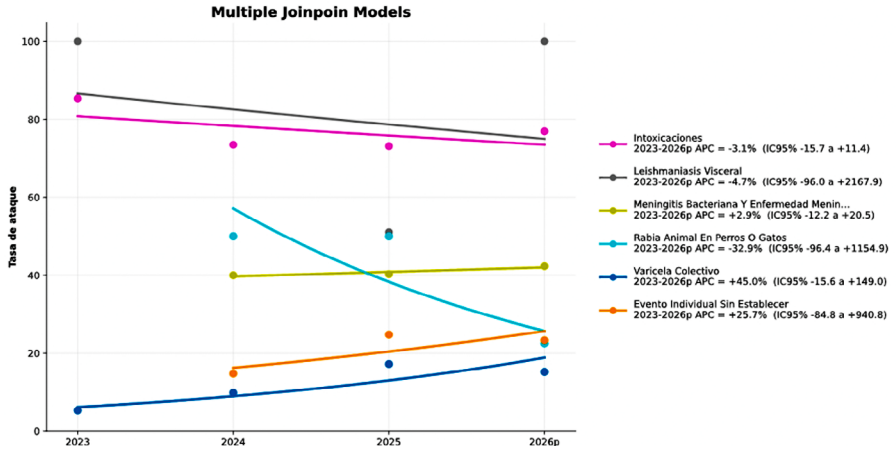
Figura 8. Intensidad relativa semanal de la notificación de varicela y estacionalidad, Colombia, 2015–2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila para los eventos 831, Colombia, septiembre de 2026

Mediante al modelo bayesiano de joinpoint se evidenció una tendencia decreciente de las tasas de ataque de los eventos relacionados con brotes en población escolarizada durante 2023-2026 (datos preliminares) en las intoxicaciones (APC: -3,1 %), leishmaniasis visceral (-4,7 %) y rabia animal (-32,9 %), no obstante, este último evento no representa directamente un riesgo en entorno escolar. La meningitis bacteriana presenta un ligero incremento (2,9 %). Por su parte, la varicela colectiva (45,0 %) y los eventos individuales sin establecer (25,7 %) muestran tendencias crecientes. Las intoxicaciones y la leishmaniasis visceral presentan las tasas de ataque más elevadas, mientras que la varicela colectiva registra un aumento desde valores cercanos al 6,0 % en 2023 hasta aproximadamente el 15,0 % en 2026p. Sin embargo, ninguno de los cambios porcentuales anuales es estadísticamente significativo, dado que todos los intervalos de confianza del 95,0 % incluyen el valor cero. Estos hallazgos sugieren variaciones en la magnitud de los brotes, considerando que los datos de 2026 son preliminares (figura 9).

Figura 9. Análisis de regresión de joinpoint para tasa de ataque de los eventos de población escolarizada más frecuentemente relacionados a brotes, Colombia, 2023-2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, Sistema de Alerta Temprana 2023-2026p, p: datos preliminares

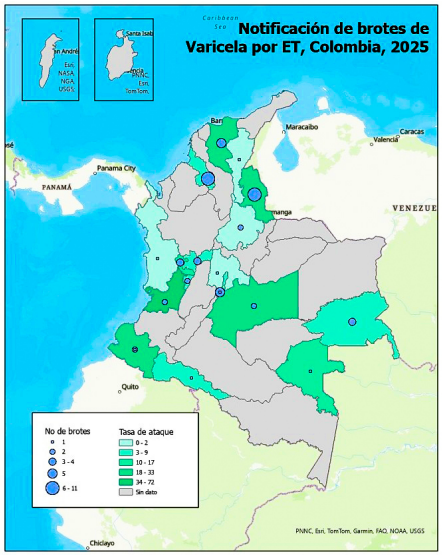
9

Durante 2025, la notificación de brotes de varicela presentó una distribución territorial heterogénea, con mayor concentración de brotes en departamentos de la región Andina, especialmente Antioquia, y presencia en territorios del Caribe, Pacífico y Orinoquía. Las tasas de ataque más elevadas se observaron en algunos departamentos del centro y oriente del país. En contraste, los brotes de intoxicación por SPA se notificaron únicamente en Atlántico y Nariño, con un brote en cada territorio y tasas de ataque diferenciadas. Estos hallazgos evidencian una mayor dispersión geográfica de los brotes de varicela frente a las intoxicaciones por SPA (mapa 4 y 5).

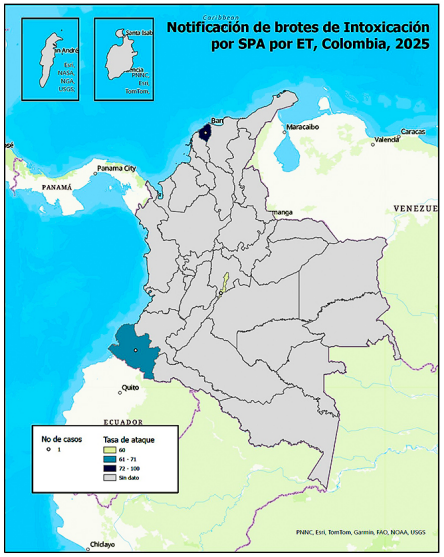
La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento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

Mapa 4-5. Análisis de regresión de joinpoint para tasa de ataque de los eventos de población escolarizada más frecuentemente relacionados a brotes, Colombia, 2023-2026p

Mapa 4. Notificación de brotes de varicela por entidad territorial, Colombia, 2025



Mapa 5. Notificación de brotes de intoxicaciones por sustancias psicoactivas, Colombia, 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, Sistema de Alerta Temprana 2023-2026p, p: datos preliminares

Conclusiones

La vigilancia de la población escolarizada evidencia diferencias en la magnitud, distribución y severidad de los eventos analizados, lo que respalda la necesidad de integrar la detección de señales en las instituciones educativas con la vigilancia epidemiológica y la gestión del riesgo en las entidades territoriales.

El intento de suicidio y las intoxicaciones por sustancias psicoactivas afectaron principalmente a adolescentes, con medianas de edad de 15 años y hospitalización del 58,5 % y 45,9 %, respectivamente. Estos hallazgos destacan la importancia de fortalecer la identificación temprana, la prevención y las rutas de atención integral con enfoque diferencial por edad y sexo.

La notificación de varicela disminuyó entre 2015 y 2025, posiblemente asociada a la implementación del refuerzo de vacunación a los cinco años en 2019, aunque los casos se concentraron en escolares de 5 a 14 años. La persistencia de brotes, la estacionalidad y los silencios epidemiológicos prolongados resaltan la necesidad de fortalecer la vigilancia, verificar las coberturas de vacunación y evaluar la sensibilidad de la red notificadora.

Las diferencias territoriales y los cambios temporales en la notificación no representan por sí solos diferencias en el riesgo de enfermar. El análisis de brotes, tasas poblacionales y atributos del sistema, junto con la articulación entre salud y educación, constituye un insumo para priorizar intervenciones y mejorar la respuesta oportuna.

Las variaciones en el comportamiento epidemiológico del intento de suicidio deben interpretarse considerando diferencias en la población y el acceso a la notificación; también requieren análisis adicionales para establecer posibles patrones vinculados al calendario escolar. Se recomienda fortalecer la articulación entre vigilancia, salud mental y sector educativo para la prevención y respuesta oportuna.

Recomendaciones

Dirigidas a las secretarías de salud

Fortalecer el análisis periódico del Sivigila y las señales provenientes de instituciones educativas, incluido el ausentismo inusual, para verificar conglomerados, comportamientos inusuales y silencios epidemiológicos, activar oportunamente la investigación y respuesta según los protocolos vigentes.

Articular las secretarías de salud y educación, las instituciones educativas y los equipos de respuesta inmediata mediante canales de comunicación y retroalimentación que permitan reportar, verificar y atender situaciones de riesgo, con seguimiento de la oportunidad y calidad de la notificación.

Priorizar acciones territoriales de vacunación y control de brotes, así como estrategias intersectoriales de salud mental y prevención de enfermedades transmisibles, considerando edad, sexo, área de residencia, tendencia epidemiológica y barreras de acceso a la atención.

Orientar las intervenciones de prevención y control según el comportamiento epidemiológico territorial, considerando las diferencias por edad, sexo, área de residencia y periodo epidemiológico; asimismo, promover el monitoreo de las coberturas de vacunación, la prevención de eventos transmisibles y el fortalecimiento de las rutas de atención en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

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.

Dirigidas a las instituciones educativas

Fortalecer el reconocimiento de señales de alerta, la orientación a estudiantes y familias y la activación oportuna de las rutas de atención correspondientes, garantizando un abordaje protector, confidencial y libre de estigmatización.

Participar en la articulación con las secretarías de salud y educación, promoviendo la formación del personal docente y administrativo, la comunicación del riesgo y la retroalimentación de las medidas implementadas para proteger a la comunidad educativa.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Entornos saludables. Entornos y ambientes saludables. Bogotá D.C.; 2018 Dec 2. [citado 2026 Oct 30]. Dispónible en: https://www.minsalud.gov.co/Proteccion-Social/Paginas/EntornosSaludables.aspx
2. Congreso de la República. Ley 1620 de 2013. Diario Oficial 48733. Bogotá D.C.; 2013 Mar 15.
3. World Health Organization UNES and CO. Making every school a health-promoting school: global standards and indicators. Geneva; 2021 Sep. [citado 2026 Oct 30]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059
4. Temte JL, Barlow S, Goss M, Temte E, Bell C, He C, et al. The Oregon Child Absenteeism Due to Respiratory Disease Study (ORCHARDS): Rationale, objectives, and design. Influenza Other Respir Viruses. 2022 Mar 1;16(2):340–50. doi:10.1111/irv.12920 PubMed PMID: 34623760.
5. Pilot scheme for monitoring sickness absence in schools during the 2006_07 winter in England_ can these data be used as a proxy for influenza activity_ - PubMed.
6. Soh SE, Cook AR, Chen MIC, Lee VJ, Cutter JL, Chow VTK, et al. Teacher led school-based surveillance can allow accurate tracking of emerging infectious diseases - evidence from serial cross-sectional surveys of febrile respiratory illness during the H1N1 2009 influenza pandemic in Singapore. BMC Infect Dis. 2012 Dec 4;12. doi:10.1186/1471-2334-12-336 PubMed PMID: 23206689.
7. Schuster JE, Chohdry TT, Young CT, Lee BR, Banerjee D, Sasidharan A, et al. School knowledge of infectious diseases in schools: conducting surveillance and on-demand, symptomatic respiratory viral testing in a large pre-kindergarten–12th grade school district. Front Public Health. 2024;12. doi:10.3389/fpubh.2024.1408281 PubMed PMID: 39109148.
8. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Proceso integral e integrado de vigilancia en salud pública. 2025;1–45. [citado 2026 Oct 30]. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/DSP/Prt/prt_sp/Ficha_Tecnica/207_212_Urg_Emer/UYE.pdf
9. Secretaria de Salud Departamental del Guainía. Informe anual de análisis y gestión de vigilancia basada en comunidad (VBC), departamento Guainía, 2025 [Internet]. Guainía; 2025 [cited 2026 Sep 13]. Available from: https://guainia.micolombiadigital.gov.co/sites/guainia/content/files/002067/103310_informe_anual_vbc2.pdf
10. Pava Garzón DM, Lozano Lesmes LY, Rincón Acevedo CY, Huguett Aragón CM, Pachón Melo HE, Bonilla Molano SL, et al. Lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública 2026 (vigilancia basada en eventos predefinidos) [Internet]. 2026. Available from: https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamientos-nacionales-2026-fe-de-erratas.pdf doi:10.33610/697558xvajki
11. Hernán J, Rodríguez U, Parra G, Secretario G, Betsabe G, Velasco X, et al. GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ Ministro de Salud y Protección Social.
12. Prieto-Alvarado FE, Alarcón-Cruz A, Díaz-Moreno JL, et al. Abecé de la gestión del riesgo colectivo de brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud - INS; 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Manual de diligenciamiento del Formulario Electrónico Único Censal C600: Educación Formal (EDUC) 2024. Bogotá D.C.; 2024.
14. Congreso de la República. Ley 1098 de 2006. Diario Oficial No. 46446. Bogotá D.C.; 2006 Nov 8.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 3280 de 2018. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf. Bogotá: Colombia; 2018 Aug 2. p. 1–398.
16. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 1075 de 26 de mayo de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector

Educación [Internet]. Bogotá DC: El Ministerio; 2015 [citado 2026 nov. 4]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php

17. Restrepo-Gómez M, Pérez JC. Entornos escolares como eje estratégico de la salud pública en Colombia. Rev Salud Pública. 2024;26(2):115-122. DOI: http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.35882

SITUACIÓN NACIONAL

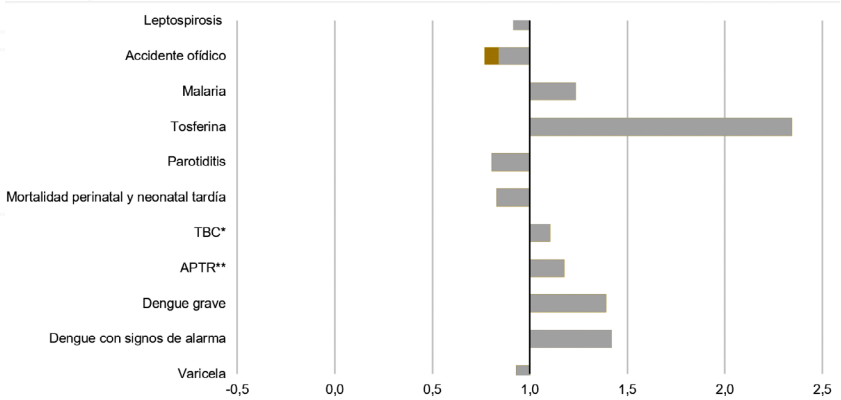
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 43 de 2026, el evento accidente ofídico se encontró por debajo de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 10).

Figura 10. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 43 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 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 43 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	160.062	161.218	-0,30	0,77

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

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

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

En la semana epidemiológica 43 del 2026, el evento de mortalidad por dengue se encuentra por encima de lo 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 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 43 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	9	4	0.01
Leishmaniasis cutánea	6	69	0.00
Chikunguña	1	2	0.27
Zika	3	2	0.20
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	1	0.35
Leishmaniasis mucosa	0	1	0.45
Lepra	6	6	0.16

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.

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.

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

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

Para esta semana, la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento con respecto a la semana anterior y a la semana 43 del año 2025. Para esta semana, el país cumplió con la meta para este nivel de información.

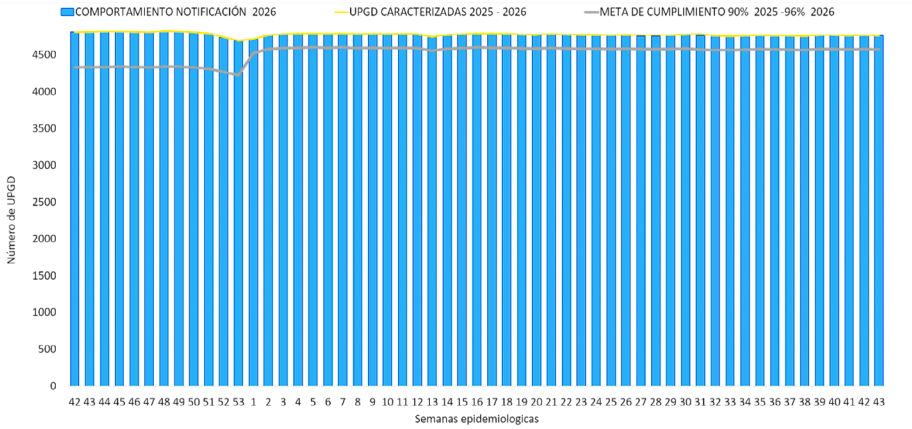
El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 123/1 123 UNM), manteniendo el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 43 de 2025. El país cumplió con la meta establecida para este nivel de información que es como mínimo del 98,0 %.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue del 99,94 % (4 762/ 4 765); una disminución de 0,06% con respecto a la semana epidemiológica anterior y la semana epidemiológica 43 de 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

Con relación al incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 43 de 2026, a nivel nacional tres UPGD caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico, estas corresponden a UPGD de las entidades territoriales de Cundinamarca (1), Santander (1) y Tolima (1).

A continuación, se presenta el comportamiento de la notificación por semana epidemiológica para el 2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 572 UPGD en la semana analizada (figura 11).

Figura 11. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 43 de 2026



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

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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos y que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis[1].

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

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

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

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

A semana epidemiológica 43 del 2026, se han notificado 542 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 528 casos notificados de residentes en Colombia, 336 fueron por IRA, 108 por desnutrición (DNT) aguda y 84 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 213 fueron confirmados, 90 descartados y 225 se encuentran en estudio (tabla 5).

Tabla 5. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 43 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 43 2026			Casos en estudio a SE 43 2026			Tasa a SE 43 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	**59**	**114**	**40**	**40**	**154**	**31**	**1,62**	**3,13**	**1,10**
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	6	10	1	2	18	4	1,43	2,39	0,24
Arauca	0	0	1	0	2	0	0,00	0,00	4,30
Atlántico	0	3	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Barranquilla	1	5	1	0	3	1	1,24	6,18	1,24
Bogotá, D.C.	0	12	0	1	15	1	0,00	2,83	0,00
Bolívar	2	7	0	1	4	1	1,83	6,40	0,00
Boyacá	0	3	0	1	0	0	0,00	3,60	0,00
Buenaventura	0	0	0	2	3	3	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	1	0	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	1	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	5	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	0	0	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	2	1	2	1	1	0,00	1,64	0,82
Cesar	8	7	2	3	4	1	5,97	5,22	1,49
Chocó	14	13	8	8	22	5	21,64	20,09	12,36
Córdoba	1	8	0	0	7	1	0,59	4,73	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	5	0	0,00	0,88	0,00
Guainía	0	0	0	1	1	0	0,00	0,00	0,00
Huila	0	2	1	0	3	0	0,00	1,89	0,95
La Guajira	16	9	8	11	21	7	14,34	8,06	7,17
Magdalena	2	3	3	1	5	1	2,23	3,34	3,34
Meta	2	5	1	0	5	0	2,35	5,87	1,17
Nariño	0	4	2	0	3	0	0,00	3,20	1,60
Norte de Santander	0	3	0	0	1	0	0,00	2,61	0,00
Putumayo	1	0	1	0	0	1	2,99	0,00	2,99
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	3	2	1	12	0	0,00	5,09	3,39
Santa Marta	1	0	1	0	2	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	2	1	0	0	0	0,00	1,33	0,66
Sucre	0	1	1	0	1	0	0,00	1,15	1,15
Tolima	0	2	1	1	4	1	0,00	2,19	1,09
Valle del Cauca	0	2	1	1	2	1	0,00	1,55	0,77
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 43 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 43 del 2026 se han notificado 336 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 66 confirmadas por laboratorio, 48 confirmadas por clínica, 68 descartadas, y 154 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,13 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 43 fueron 252, para una tasa de mortalidad de 6,83 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 43 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Caquetá, Cauca, Chocó, Guainía, La Guajira, Meta, Risaralda, Santander y Valle del Cauca y, a nivel municipal, en Dabeiba, Valledupar, Montería, Alto Baudó, Riosucio, Riohacha, San Andrés de Tumaco, Pereira y Mitú. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 43 de 2026 son *Rhinovirus*, Enterovirus y *Bordetella pertussis*, entre otros (tabla 6).

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

Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 43, 2025–2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Rhinovirus	15	2	7	1	0	25	13	4	3	2	2	24
Enterovirus	15	1	4	1	0	21	6	3	2	2	2	15
Bordetella pertussis	12	0	0	0	0	12	14	1	0	0	0	15
Adenovirus	7	0	2	1	1	11	3	3	1	3	1	11
Streptococcus pneumoniae	6	2	2	1	0	11	4	2	1	1	2	10
Staphylococcus aureus	8	1	2	0	0	11	8	1	1	0	0	10
Virus sincitial respiratorio	15	3	3	0	0	21	8	0	0	0	0	8
Haemophilus influenzae B	9	4	0	1	0	14	4	2	0	1	1	8
Metapneumovirus	3	0	0	0	0	3	2	1	3	0	0	6
Pseudomonas aeruginosa	2	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	4
Moraxella catarrhalis	4	3	1	0	0	8	2	1	0	0	1	4
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
SARS-CoV2	6	1	0	1	0	8	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Klebsiella pneumoniae	2	1	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
Influenza A	7	0	2	1	0	10	0	0	0	0	1	1
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Mycoplasma pneumoniae	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	117	22	24	7	1	171	71	18	12	10	11	122

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 43 de 2026 se han notificado 108 muertes probables en menores de cinco años reside ntes en Colombia por DNT aguda, 59 confirmadas, nueve (9) descartadas y 40 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,62 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 43 fue de 142, para una tasa de mortalidad de 3,85 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 43 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, 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 43 de 2026 se han notificado 84 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 37 confirmadas por clínica, tres (3) confirmadas por laboratorio, 13 descartadas y 31 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,10 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 43 fue de 67 para una tasa de mortalidad de 1,82 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 43 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en las entidades territoriales de Chocó, La Guajira, Magdalena y Risaralda, y a nivel municipal, en Bagadó, Bojayá y Uribia. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

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

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones[1]:

Muerte materna: es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte materna tardía: es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.

Muerte materna por causas coincidentes: corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 43 de 2026 se notificaron al Sivigila seis (6) casos: cuatro (4) muertes maternas tempranas, una (1) muerte materna tardía y una (1) muerte materna coincidente. El país acumula 124 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 118 residen en territorio colombiano y seis (6) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 43, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	199	128	68	395
2024	171	108	38	317
2025	153	125	45	323
2026p	118	101	44	263

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

Se han notificado casos de muertes maternas tempranas en 28 entidades territoriales, con mayor número de casos en Antioquia, Bogotá, D.C, La Guajira, Chocó y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2022–2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en las entidades territoriales de: Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Santiago de Cali, Cesar, Córdoba, La Guajira, Meta, Nariño, Norte de Santander y Santander; sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 8).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Puerto Triunfo (Antioquia), Polonuevo (Atlántico), Inzá (Cauca), Vergara (Cundinamarca) y San Agustín (Huila); en el promedio histórico 2022–2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 9).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 43 de 2026, el 58,5 % corresponde a causas directas y el 29,7 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,5 % (tabla 10).

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

Tabla 8. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 43 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 43	Acumulado de casos a SE 43	
		2025	2026
Colombia	**185**	**153**	**118**
Antioquia	15	13	14
Bogotá, D.C.	17	15	14
La Guajira	17	15	11
Chocó	10	6	9
Cundinamarca	8	7	8
Cauca	6	1	6
Magdalena	6	4	6
Tolima	5	4	5
Cartagena de Indias	5	1	4
Cesar	10	13	4
Nariño	9	8	4
Caquetá	2	1	3
Casanare	2	4	3
Huila	4	3	3
Quindío	1	1	3
Risaralda	3	3	3
Sucre	3	1	3
Boyacá	4	2	2
Buenaventura	2	1	2
Córdoba	8	5	2
Santa Marta	3	2	2
Atlántico	6	6	1
Bolívar	6	5	1
Santiago de Cali	5	5	1
Meta	5	2	1
Putumayo	2	1	1
Valle del Cauca	2	2	1
Vichada	3	1	1
Amazonas	0	0	0
Arauca	1	0	0
Barranquilla	5	5	0
Caldas	1	0	0
Guainía	1	3	0
Guaviare	0	0	0
Norte de Santander	6	8	0
Santander	4	5	0
Vaupés	0	0	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 – 2026 (datos preliminares). SE: semana epidemiológica

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 43 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 43	Valor observado SE 43
Colombia	185	118
Puerto Triunfo (Antioquia)	0	1*
Polonuevo (Atlántico)	0	1*
Inzá (Cauca)	0	1*
Vergara (Cundinamarca)	0	1*
San Agustín (Huila)	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 10. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 43 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 43	Número de casos y proporción a SE 43 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	**162**	**171**	**100**	**153**	**100**	**118**	**100**
DIRECTA	**103**	**112**	**65,5**	**94**	**61,4**	**69**	**58,5**
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	33	33	19,3	32	20,9	23	19,5
Hemorragia obstétrica	30	35	20,5	25	16,3	15	12,7
Evento tromboembólico como causa básica	10	10	5,8	10	6,5	9	7,6
Sepsis obstétrica	9	9	5,3	8	5,2	7	5,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	7	6	3,5	7	4,6	5	4,2
Embarazo ectópico	8	8	4,7	7	4,6	3	2,5
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	0,6	0	0,0	2	1,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,8	2	1,3	2	1,7
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,3	3	2,0	1	0,8
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	1	2	1,2	0	0,0	1	0,8
Otras causas directas	**1**	**1**	**0,6**	**0**	**0,0**	**1**	**0,8**
INDIRECTA	**56**	**55**	**32,2**	**56**	**36,6**	**35**	**29,7**
Otras causas indirectas	20	22	12,9	18	11,8	20	16,9
Otras causas indirectas: neumonía	12	6	3,5	17	11,1	8	6,8
Sepsis no obstétrica	9	9	5,3	9	5,9	3	2,5
Otras causas indirectas: cáncer	7	8	4,7	6	3,9	3	2,5
Otras causas indirectas: dengue	2	4	2,3	0	0,0	1	0,8
Otras causas indirectas: malaria	2	0	0,0	3	2,0	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	4	2,3	2	1,3	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,6	1	0,7	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por COVID 19	1	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	**1**	**1**	**0,6**	**1**	**0,7**	**0**	**0,0**
En estudio	**3**	**3**	**1,8**	**2**	**1,3**	**14**	**11,9**

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

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a la ocurrida en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a la ocurrida después de los siete días hasta el día 28 de vida[1]. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

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

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

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

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

A semana epidemiológica 43 del 2026 se han notificado 5 079 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 5 032 corresponden a residentes en Colombia y 47 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 43 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Putumayo, Guaviare y Vaupés (tabla 11).

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: Riohacha (La Guajira), Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Madrid (Cundinamarca), Dosquebradas (Risaralda), Tunja (Boyacá), Caldono (Cauca), Granada (Meta), Segovia (Antioquia) Alto Baudó (Chocó), La Estrella (Antioquia), Puerto López (Meta), Calamar (Bolívar), Maní (Casanare), Guamo (Tolima), Peñol (Antioquia), El Litoral del San Juan (Chocó), Roberto Payán (Nariño), Giraldo (Antioquia), Paipa (Boyacá), Bahía Solano (Chocó), Tolú Viejo (Sucre), La Tola (Nariño), San Sebastián (Cauca), Juradó (Chocó), Tesalia (Huila), Paz de Río (Boyacá), Marulanda (Caldas), Jerusalén (Cundinamarca) y Salento (Quindío) (tabla 12).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,5 %, seguido de neonatales tempranas con 25,5 %, neonatales tardías con 20,3 %, y las fetales intraparto con 11,6 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,9 %, seguido de prematuridad e inmaturidad con el 17,7 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 14,9 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 43 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.

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

Tabla 11. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 43 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 43	Acumulado de casos a SE 43	
		2025	2026
Colombia	**6 129**	**4 705**	**5 032**
Antioquia	695	555	643
Bogotá, D.C.	654	548	615
Cundinamarca	336	301	293
La Guajira	330	214	243
	241	220	213
Santiago de Cali	245	225	218
Córdoba	313	212	208
Cesar	217	169	177
Cauca	197	142	170
Barranquilla	224	148	164
Bolívar	184	138	160
Santander	184	132	149
Valle del Cauca	170	139	140
Nariño	164	155	138
Norte de Santander	183	123	137
Cartagena de Indias	196	136	130
Huila	144	108	130
Chocó	150	95	124
Meta	150	136	123
Sucre	148	91	119
Atlántico	191	112	110
Magdalena	150	115	104
Boyacá	112	94	92
Tolima	129	89	89
Risaralda	86	64	85
Santa Marta	77	52	81
Caldas	78	62	62
Quindío	48	36	46
Buenaventura	65	65	43
Casanare	61	51	43
Arauca	51	31	41
Caquetá	52	42	40
Vichada	32	31	38
Putumayo	49	33	26
Guainía	16	13	16
Amazonas	15	16	14
Guaviare	12	12	7
San Andrés y Providencia	11	9	7
Vaupés	12	11	7

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

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 43 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 43 2021 - 2025	Valor observado a SE 43 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	**6 129**	**5 032**	-
Riohacha (La Guajira)	70	76	8
Manaure (La Guajira)	29	45	25
Cumaribo (Vichada)	20	27	25
Madrid (Cundinamarca)	18	23	7
Dosquebradas (Risaralda)	17	23	34
Tunja (Boyacá)	14	21	40
Caldono (Cauca)	12	17	6
Granada (Meta)	9	16	38
Segovia (Antioquia)	8	15	9
Alto Baudó (Chocó)	5	12	30
La Estrella (Antioquia)	5	10	28
Puerto López (Meta)	3	8	17
Calamar (Bolívar)	3	7	10
Maní (Casanare)	2	7	10
Guamo (Tolima)	2	7	19
Peñol (Antioquia)	2	6	26
El Litoral del San Juan (Chocó)	3	6	14
Roberto Payán (Nariño)	2	6	21
Giraldo (Antioquia)	1	5	19
Paipa (Boyacá)	2	5	26
Bahía Solano (Chocó)	2	5	31
Tolú Viejo (Sucre)	2	5	23
La Tola (Nariño)	1	4	21
San Sebastián (Cauca)	1	3	6
Juradó (Chocó)	0	3	12
Tesalia (Huila)	1	3	27
Paz de Río (Boyacá)	0	2	18
Marulanda (Caldas)	0	2	28
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	20
Salento (Quindío)	0	2	31

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

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

Tabla 13. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 43, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 43, 2024 -2026					
	2024 a SE 43	(%)	2025 a SE 43	(%)	2026 a SE 43	(%)
Colombia	**4 925**	**99,6**	**4 705**	**100,0**	**5 032**	**100,0**
Asfixia y causas relacionadas	1 289	26,2	1 293	27,5	1 305	25,9
Prematuridad-inmaturidad	814	16,5	833	17,7	890	17,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	738	15,0	713	15,2	750	14,9
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	533	10,8	493	10,5	464	9,2
Infecciones	432	8,8	419	8,9	419	8,3
Malformación congénita	449	9,1	393	8,4	399	7,9
Otras causas de muerte	327	6,6	284	6,0	303	6,0
Sin información	0	0,0	0	0,0	186	3,7
Causas no específicas	126	2,6	78	1,7	151	3,0
Trastornos cardiovasculares	147	3,0	148	3,1	113	2,2
Convulsiones y trastornos neurológicos	27	0,5	23	0,5	32	0,6
Lesión de causa externa	23	0,5	28	0,6	20	0,4

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 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 43 de 2026, a partir de las variables registradas en las fichas epidemiológicas de los eventos colectivos e individuales (códigos INS 995 y 345).

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

Los canales endémicos para consultas externas, urgencias, hospitalizaciones en sala general y UCI/UCIM 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 40 a 43 de 2026), a nivel nacional, se observó una disminución porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general y positiva en unidades de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM) frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 36 a 39 de 2026), sin superar el umbral definido para variaciones relevantes (±30 %). (tabla 15).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 36 a 39 de 2026 y 40 a 43 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 36 a 39 de 2026	SE 40 a 43 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	500 541	473 305	-5,44%	
Hospitalización en sala general	19 323	18 834	-2,53%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 541	2 556	0,59%	

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 43 del 2026 se notificaron 121 430 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 La Guajira, Santa Marta y Vaupés mientras que Amazonas, Buenaventura, Caquetá, Cauca, Guainía, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío y Risaralda presentaron una disminución. Las 25 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

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

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios con más de 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 43 del 2026

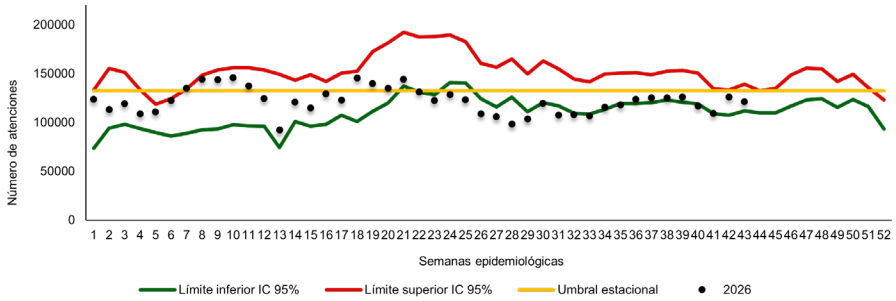
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	81 548	78 471	7 588	8 835
La Guajira	Maicao	60 188	71 167	4 389	7 242
Cundinamarca	Soacha	69 602	56 400	5 291	5 373
Antioquia	Itagüí	69 436	60 638	5 260	5 181
La Guajira	Uribia	43 178	46 521	3 952	4 987
Antioquia	Bello	52 021	54 470	5 168	4 464
Cundinamarca	Chía	49 304	39 932	4 386	3 805
Antioquia	Rionegro	30 488	38 295	2 339	2 536
Cundinamarca	Zipaquirá	20 170	19 182	1 749	1 901
Santander	Floridablanca	28 908	21 725	1 819	1 813
Risaralda	Dosquebradas	25 355	19 577	1 771	1 639
Valle del Cauca	Palmira	23 297	17 954	1 991	1 575
Antioquia	Envigado	21 745	20 824	1 916	1 440
Santander	Barrancabermeja	26 440	22 017	1 541	1 425
Magdalena	Ciénaga	19 988	16 683	1 731	1 419
Córdoba	Cereté	16 391	16 985	929	1 334
Córdoba	Lorica	13 655	13 941	1 098	1 207
Bolívar	Magangué	19 715	15 216	1 403	1 198
Boyacá	Sogamoso	18 347	14 143	1 368	1 187
Cundinamarca	Madrid	12 434	13 403	1 137	1 162
Boyacá	Duitama	18 983	14 912	1 975	1 123
Cundinamarca	Facatativá	15 196	11 365	1 481	1 067
Cundinamarca	Girardot	17 470	12 724	1 348	1 064
Antioquia	Apartadó	15 175	16 602	1 215	1 045
Cundinamarca	Funza	14 080	12 460	935	949
Casanare	Yopal	12 871	10 813	1 024	878
Valle del Cauca	Cartago	14 549	10 280	1 040	853
Valle del Cauca	Tuluá	10 987	9 824	913	843
Norte de Santander	Ocaña	14 846	11 292	1 029	813
Valle del Cauca	Yumbo	12 207	9 386	999	714
Cesar	Aguachica	10 277	9 237	822	713
Atlántico	Malambo	6 812	6 333	499	711
Huila	Pitalito	11 397	8 069	940	681
Antioquia	Turbo	12 916	11 533	962	664
Valle del Cauca	Buenaventura	6 279	8 524	818	645
Córdoba	Sahagún	21 547	7 768	2 067	620
Santander	Piedecuesta	9 041	7 881	409	566
Cundinamarca	Mosquera	6 621	5 397	387	529
Santander	Girón	7 280	6 392	433	504
Cauca	Santander de Quilichao	9 482	7 092	818	480
Norte de Santander	Villa del Rosario	5 380	4 794	446	369
Cauca	Guapi	4 261	2 950	237	135
Nariño	La Florida	646	524	31	44

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (40 a 43 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 27,4 % (130 091) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,0 % (90 225). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en los niños de 1 año con el 10,6 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 10,2 %.

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 41, sin embargo, para la semana epidemiológica 42 a 43 se observó un incremento ubicándose debajo del umbral estacional (figura 12).

Figura 12. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 41 de 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

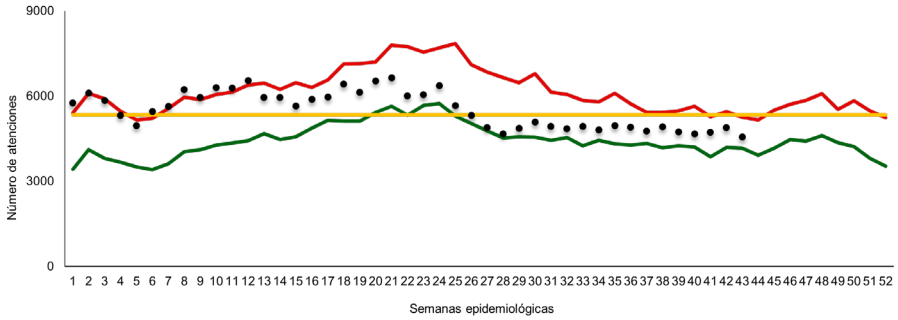
En la semana epidemiológica 43 del 2026 se notificaron 4 559 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Bolívar, Buenaventura, Caldas, Casanare, Chocó, Guainía, La Guajira, Quindío, Norte de Santander, Risaralda, Sucre y Vaupés; así mismo, se observó aumento en Arauca, Barranquilla, Cartagena de Indias, Guaviare, Magdalena y Putumayo. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (40 a 43 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 237) representaron el 27,8 %, seguido del grupo de menor de 1 año con el 15,7 % (2 968). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 24,1 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 19,5 %.

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 y 24 se observó una tendencia descendente; sin embargo, las hospitalizaciones permanecieron por encima del umbral estacional. Posteriormente, se observó una disminución sostenida de las hospitalizaciones, situándose por debajo de dicho umbral entre las semanas 25 a 43 (figura 13).

Figura 13. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 43 de 2026

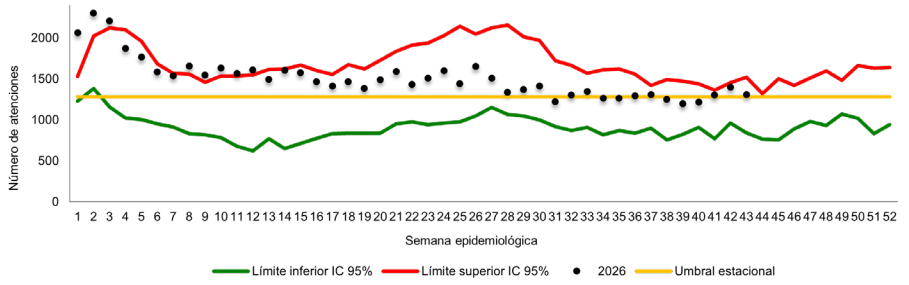


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 43 del 2026, se notificaron 1 311 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 40 de 2026, con una tendencia de aumento desde semana 41 a 43 acercándose al límite superior (figura 14).

Figura 14. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 43 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)

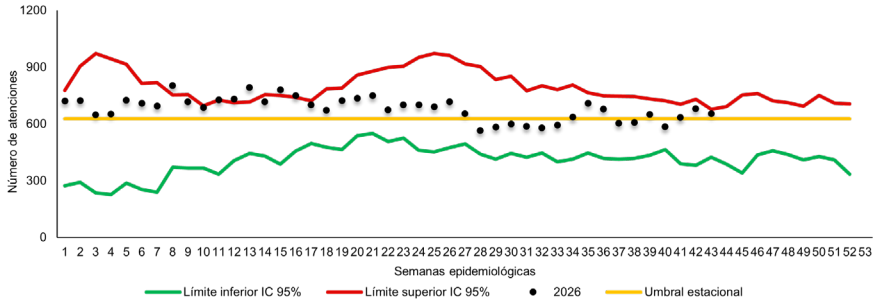
En la semana epidemiológica 43 del 2026 se notificaron 655 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, Chocó y Huila. Se registró disminución en Antioquia, Bolívar, Santiago de Cali, Cundinamarca, Meta y Risaralda. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (40 a 43 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 37,0 % (947), seguido de los menores de 1 año con el 22,0 % (563) 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 1 año con el 18,05 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 17,2 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, entre las semanas epidemiológicas 01 y 27 de 2026 las atenciones se mantuvieron por encima del umbral estacional alcanzando el límite superior en las semanas 08, 11 a 13, 15 y 16. A partir de la semana 17 se observó un descenso, aunque las atenciones permanecieron por encima del umbral estacional, hasta la semana 27. Entre las semanas 28 y 33 se ubicaron por debajo del umbral; en las semanas 34 a 36 lo superaron de forma transitoria y desde la semana 37 hasta la 43 se han ubicado alrededor del umbral estacional (figura 15).

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

Figura 15. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 43 de 2026

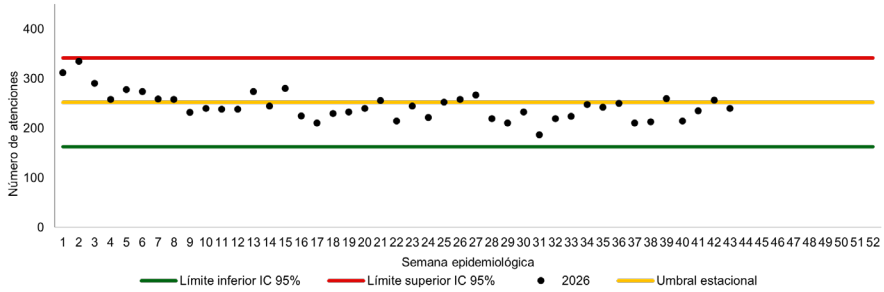


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 43 del 2026, se notificaron 240 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 epidemiológicas 09 a 12, 14 y 16 a 43 se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 16).

Figura 16. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 43 de 2026



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

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una disminución porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general y positiva en unidades de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM) con respecto al periodo anterior.

De acuerdo con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), las condiciones tipo El Niño predominan en el país y se prevé su evolución hacia un evento muy fuerte durante los próximos meses, con una probabilidad que alcanzaría el 95,0 % en noviembre. Este fenómeno se asociará con una disminución de las precipitaciones en amplias zonas del territorio nacional, un incremento sostenido de la temperatura ambiental y una mayor ocurrencia de incendios de cobertura vegetal. Asimismo, las temperaturas más bajas durante la noche y la madrugada, junto con la reducción de la humedad ambiental, podrían favorecer la suspensión y concentración de material particulado y otros contaminantes en el aire, afectando la calidad de este. En el contexto del segundo pico respiratorio anual, estas condiciones ambientales pueden incrementar la susceptibilidad de la población a las infecciones respiratorias agudas (IRA), favorecer la transmisión de agentes respiratorios y aumentar el riesgo de exacerbaciones de enfermedades respiratorias crónicas, especialmente en niños menores de cinco años, personas mayores, gestantes y personas con comorbilidades. Por lo anterior, se recomienda fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención integral de las IRA durante el periodo de mayor circulación de virus respiratorios y persistencia de las condiciones asociadas al fenómeno de El Niño[1].

En este contexto, las condiciones asociadas al fenómeno de El Niño, caracterizadas por la disminución de las precipitaciones, el aumento de la temperatura, la ocurrencia de incendios de cobertura vegetal y el deterioro de la calidad del aire, sumadas a la circulación estacional de virus respiratorios durante el segundo pico respiratorio anual, podrían favorecer un incremento de la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA), especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad.

Considerando las condiciones climáticas previstas, la estacionalidad de las infecciones respiratorias agudas y el comportamiento epidemiológico esperado durante el segundo pico respiratorio, se recomienda a las entidades territoriales:

- Fortalecer las acciones de prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la comunidad, instituciones educativas, centros de atención y demás entornos colectivos, promoviendo la ventilación adecuada de los espacios, la higiene de manos, la etiqueta respiratoria y la adopción de medidas de protección individual según el nivel de riesgo.
- Garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud y a los medicamentos requeridos para la atención de las enfermedades respiratorias, especialmente para las personas con factores de riesgo de complicación.

[1] Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Boletín de Clima y Salud. Edición No. 09. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2026 sep [citado 22 oct 2026].

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

- Intensificar la vigilancia epidemiológica y comunitaria para la detección temprana de incrementos inusuales de casos de IRA, IRAG, conglomerados o brotes respiratorios, con el fin de implementar oportunamente las medidas de control.
- Priorizar las acciones de prevención, vigilancia y atención en grupos vulnerables, incluyendo menores de cinco años, personas mayores, gestantes, personas con enfermedades crónicas, inmunosuprimidos y personas con discapacidad.
- Coordinar acciones intersectoriales orientadas a reducir los efectos de las condiciones ambientales asociadas al fenómeno de El Niño sobre la salud respiratoria, mediante estrategias de monitoreo de la calidad del aire, comunicación del riesgo y protección de la población expuesta a humo por incendios de cobertura vegetal y material particulado.
- Mantener la disponibilidad de insumos, medicamentos, pruebas diagnósticas y capacidad de respuesta de los servicios de salud para atender el incremento esperado de la demanda por enfermedades respiratorias durante el periodo de mayor circulación de virus respiratorios.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

A semana epidemiológica 42 de 2026, la actividad de influenza en la región de las Américas fue baja en América del Norte, América Central y Brasil y el Cono Sur, con positividades entre el 8,0 % y el 12,0 %. En América del Norte, Brasil y el Cono Sur la tendencia fue al descenso, mientras que en América Central se mantuvo constante. La actividad fue alta y con tendencia creciente en el Caribe y en la subregión Andina. En el Caribe la positividad aumentó de forma marcada en las últimas semanas, hasta cerca del 27 %, la más alta de la región, con el mayor número de muestras positivas desde febrero. En la subregión Andina la positividad se ubicó alrededor del 11,0 %, con un número de muestras positivas que alcanzó sus valores más altos desde marzo. Respecto al virus sincitial respiratorio (VSR), en la semana epidemiológica 42 de 2026 América Central, Brasil y el Cono Sur y el Caribe presentaron actividad alta. En América Central la tendencia fue constante, con una positividad cercana al 18,0 %, inferior al pico de alrededor del 28,0 % registrado en la semana epidemiológica 37. En Brasil y el Cono Sur la tendencia fue al descenso, con una positividad cercana al 7,0 %, al final de una temporada que alcanzó su máximo hacia la semana epidemiológica 32. En el Caribe la tendencia fue creciente: la positividad subió de forma gradual desde la semana epidemiológica 36 hasta cerca del 8,0 % en la 41. América del Norte y la subregión Andina mostraron actividad baja. En América del Norte la tendencia fue al incremento, aunque con una positividad aún cercana al 1,0 %. La subregión Andina se mantuvo constante, con una positividad cercana al 5,0 %. En relación con SARS-CoV-2, en la semana epidemiológica 42 de 2026 América del Norte mantuvo actividad alta con tendencia constante y una positividad cercana al 3,5 %, inferior al pico de alrededor del 5,5 % registrado hacia la semana epidemiológica 34. Las demás subregiones presentaron actividad baja. En el Caribe la tendencia fue al descenso, con una positividad cercana al 3,0 %, después del pico de alrededor del 16,0 % en la semana epidemiológica 34. América Central también mostró tendencia al descenso, con una positividad cercana al 1,0 %. La subregión Andina y Brasil y el Cono Sur no mostraron una tendencia definida, con positividades por debajo del 2,0 %. Entre otros virus respiratorios (OVR), en el acumulado de 2026 el agente predominante varió por país: rinovirus en Perú, *metapneumovirus* en Ecuador y otros virus no especificados en Bolivia . Para más información consulte Flunet Home Page (datos regionales).

A nivel nacional, durante el último periodo analizado, correspondiente a las semanas epidemiológicas 40 a 43 de 2026, la circulación viral se caracterizó por una mayor proporción de detección de rinovirus, adenovirus e influenza B, seguidos por enterovirus, VSR y parainfluenza. Al comparar con el periodo anterior (semanas epidemiológica 36 a 39), la positividad general disminuyó de 46,8 % a 37,2 %. El rinovirus (de 24,7 % a 33,6 %) y el adenovirus (de 19,2 % a 25,2 %) presentaron un aumento estadísticamente significativo, mientras que el VSR (de 22,1 % a 14,8 %) y la influenza A(H3N2) (de 10,2 % a 5,8 %) mostraron una disminución estadísticamente significativa. Influenza B, parainfluenza, otros coronavirus y A(H1N1) pdm09 aumentaron sin alcanzar significancia estadística; influenza A, enterovirus y SARS-CoV-2 disminuyeron sin significancia, y *metapneumovirus* se mantuvo estable. Por grupo de edad, en menores de cinco años los agentes con mayor proporción de detección fueron adenovirus, rinovirus, VSR y parainfluenza; en mayores de 60 años fueron rinovirus, adenovirus, influenza B, enterovirus y VSR. Ante este escenario, se recomienda fortalecer las coberturas de vacunación contra influenza en los grupos priorizados, de acuerdo con los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Asimismo, se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia intensificada frente a la circulación viral dada la posibilidad de una mayor demanda de atención en los servicios de salud (tabla 16).

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

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 36 a 43 de 2026

Agente viral identificado	SE 36 a 39 de 2026			SE 40 a 43 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	**46,8**	**53.01**	**36,3**	**37,2**	**39,2**	**24,1**	
Rinovirus	24,7	24,1	13,8	33,6	25,3	30,8	
Virus sincitial respiratorio	22,1	30,5	13,8	14,8	20,9	15,4	
Enterovirus	16,6	17,0	17,2	15,4	3,1	15,4	
Adenovirus	19,2	24,1	6,9	25,2	26,4	23,1	
Influenza B	14,9	4,0	13,8	18,6	9,9	23,1	
Influenza A	9,4	4,3	24,1	5,2	3,3	7,7	
Parainfluenza	10,6	14,9	3,5	12,3	16,5	-	
Metapneumovirus	1,7	1,4	3,5	1,9	1,1	-	
A(H1N1)pdm09	0,4	0,7	-	2,6	-	-	
SARS-CoV-2	2,6	1,6	6,9	0,7	-	-	
A(H3N2)	10,2	2,1	13,8	5,8	8,8	-	
Coronavirus	5,5	6,4	3,5	8,4	8,8	7,7	

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

COVID-19

Situación de COVID-19 en Colombia hasta la semana epidemiológica 43 de 2026

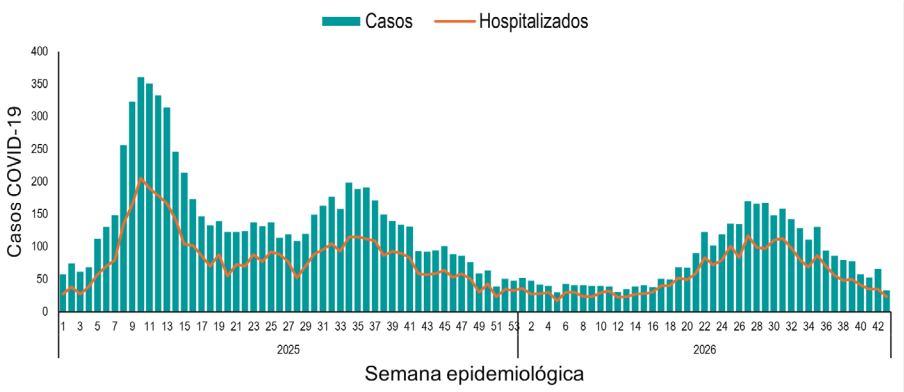
Metodología

Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 43 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 epidemiológico se realizó mediante la comparación de los casos confirmados de COVID-19 entre los períodos de estudio. 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 43), con corte al 31 de octubre y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 3 498 casos de COVID-19, de los cuales 3 492 son procedentes de Colombia y seis casos de procedencia exterior. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (semanas epidemiológicas 40 a 43) se registraron 214 casos, todos de procedencia nacional, lo que representa una disminución del 37,43 % frente al período anterior (semanas epidemiológicas 36 a 39), cuando se reportaron 342 casos. Respecto a la hospitalización, se notificaron 134 casos hospitalizados, una disminución del 40,18 % frente a los 224 registrados en el período anterior. En el mismo período de 2025 (semanas epidemiológicas 40 a 43), se notificaron 454 casos, por lo que en 2026 se observa una disminución del 52,86 % respecto al año anterior (figura 17).

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

Figura 17. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 43 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 43 de 2026

Durante el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 40 a 43 de 2026) se registró una incidencia de 0,4 casos por cada 100 000 habitantes (214 casos confirmados de procedencia Colombia), con afectación en 23 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 70 municipios del país.

En comparación con el período anterior (semanas epidemiológicas 36 a 39 de 2026), a nivel departamental no se evidenciaron incrementos significativos en la notificación de casos de COVID-19. Sin embargo, a nivel municipal se observaron incrementos en Medellín (Antioquia) y Pereira (Risaralda).

La mayoría de los grupos de edad presentaron una reducción en el número de casos notificados. Las disminuciones más importantes se presentaron en el grupo de 10 a 19 años (-60,9 %), seguido por el grupo de 2 a 4 años (-53,1 %), menor de un año (-52,1 %), 5 a 9 años (-42,9 %), 20 a 29 años (-35,3 %), 90 a 99 años (-33,3 %), 70 a 79 años (-26,3 %), 60 a 69 años (-26,1 %), 1 año (-21,2 %), 80 a 89 años (-16,7 %), 30 a 39 años (-13,6 %) y 40 a 49 años (-7,1 %). Por el contrario, el grupo de 50 a 59 años presentó un incremento del 20,0 %, pasando de 10 a 12 casos. El grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos períodos analizados, por lo que no fue posible calcular la variación porcentual (tabla 17).

Tabla 17. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas 36 a 43 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 36 a 39 2026	SE 40 a 43 2026		
Menor de un año	96	46	-52,1	
1 año	33	26	-21,2	
2 a 4 años	49	23	-53,1	
5 a 9 años	21	12	-42,9	
10 a 19 años	23	9	-60,9	
20 a 29 años	17	11	-35,3	
30 a 39 años	22	19	-13,6	
40 a 49 años	14	13	-7,1	
50 a 59 años	10	12	20,0	
60 a 69 años	23	17	-26,1	
70 a 79 años	19	14	-26,3	
80 a 89 años	12	10	-16,7	
90 a 99 años	3	2	-33,3	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	342	214	-37,4	

Nota: *las variaciones porcentuales elevadas en algunos grupos de edad deben interpretarse con cautela, dado el bajo número de casos absolutos en el período 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 36 a 43 de 2026
PE: periodo epidemiológico, SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia 32 fallecimientos asociados a COVID-19. De estos, once 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; dos en Santiago de Cali (Valle del Cauca); y dos en el Quindío (Armenia y La Tebaida). Los 12 fallecimientos restantes se notificaron de manera individual en los municipios de Peñol y Rionegro (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), La Calera (Cundinamarca), Campoalegre (Huila), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena), Sincelejo (Sucre) y Pore (Casanare).

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

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 43 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 evento[1]:

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 43 del 2026 se notificaron 3 821 casos de dengue: 2 646 casos de esta semana y 1 175 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 97 894 casos, 59 472 (60,8 %) sin signos de alarma, 37 443 (38,2 %) con signos de alarma y 979 (1,0 %) de dengue grave.

El 66,5 % (65 077) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Bolívar, Santander, Cesar, Norte de Santander, Magdalena, Atlántico, Antioquia, Casanare y Cartagena de Indias (tabla 18). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 39 a 42 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Bolívar, Santander, Meta, Norte de Santander, Magdalena, Tolima, Atlántico, Antioquia, Valle del Cauca y Sucre concentran el 67,7 % (8 834 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 39 a 42 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 35 a 38, 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Buenaventura, Caldas, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Cesar, Cundinamarca, La Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vichada; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 18).

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

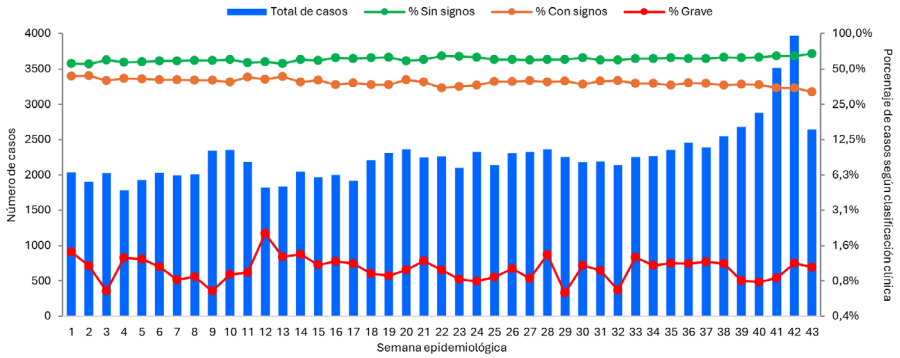
Tabla 18. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 43 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 35 - 38 2026)	Observado (SE 39-42 2026)
Meta	14 131	29,9	0,9	1 097	942
Bolívar	9 704	40,7	1,2	1 188	1 784
Santander	7 488	38,8	0,7	947	1 337
Cesar	6 745	55,3	0,7	304	475
Norte de Santander	6 094	36,0	1,2	692	772
Magdalena	5 874	48,9	0,6	560	762
Atlántico	3 996	42,4	0,7	544	718
Antioquia	3 854	34,8	1,0	481	625
Casanare	3 641	29,9	0,6	251	245
Cartagena de Indias	3 550	18,8	1,0	241	491
Tolima	3 459	33,4	1,3	473	755
La Guajira	3 171	53,8	1,7	46	62
Córdoba	3 099	44,5	0,4	268	310
Barranquilla	3 072	44,9	1,0	254	418
Arauca	2 637	30,5	1,1	290	289
Sucre	2 438	44,6	0,8	425	559
Valle del Cauca	2 264	34,3	1,4	413	580
Santa Marta	2 136	44,5	0,3	40	79
Cundinamarca	2 053	38,7	1,1	293	517
Chocó	1 151	21,2	0,5	202	149
Santiago de Cali	1 138	37,9	1,1	118	148
Huila	1 093	40,5	5,0	73	146
Amazonas	890	14,2	0,3	106	152
Nariño	696	39,7	0,7	57	82
Guaviare	624	30,1	0,5	51	124
Caquetá	447	51,7	2,7	18	27
Quindío	423	23,9	3,3	61	103
Putumayo	402	28,1	1,5	39	73
Boyacá	281	44,8	1,4	29	36
Cauca	243	35,0	3,3	37	51
Risaralda	237	40,9	0,8	34	64
Exterior	216	38,9	2,8	27	37
Buenaventura	184	37,0	1,1	30	44
Caldas	182	41,2	0,0	11	32
Vichada	133	27,1	0,8	21	28
Vaupés	95	7,4	0,0	20	20
Archipiélago de San Andrés	42	38,1	2,4	8	12
Guainía	11	27,3	0,0	2	2
Total	**97 894**	**38,2**	**1,0**	**9 751**	**13 050**

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 39,0 % a nivel nacional (figura 18); 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 39 a 42 de 2026) fueron: Córdoba y La Guajira.

Figura 18. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 43, 2026

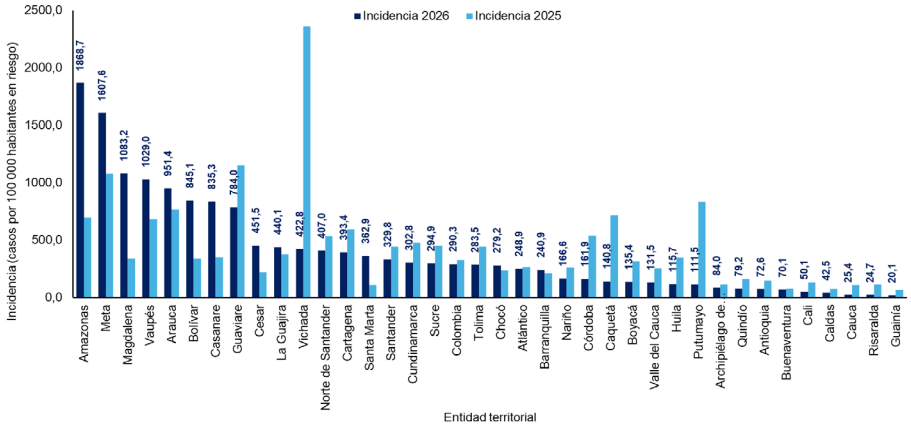


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

A semana epidemiológica 43 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 290,3 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 329,3 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 Amazonas, Meta, Magdalena, Vaupés, Arauca, Bolívar y Casanare presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 43 del 2026 registrando tasas superiores a 800 casos por 100 000 habitantes (figura 19). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 592,9 casos por 100 000 habitantes.

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

Figura 19. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 43 de 2025 y 2026

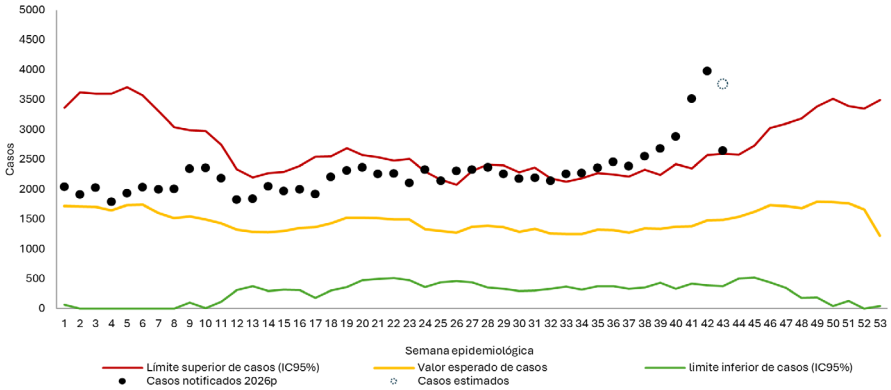


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 43 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 33,8 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 39 a 42 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 35 a 38, 2026) (figura 20). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 43), se observa una reducción del 10,9 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 109 912 casos.

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 13,5 % (5) está dentro de lo esperado, el 24,3 % (9) se encuentra en situación de alerta y el 62,2 % (23) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 19).

Figura 20. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 43 de 2026



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

Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 43 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 43, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Casanare, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada
Alerta	Archipiélago de San Andrés y Providencia, Barranquilla, Buenaventura, Cartagena de Indias, Cauca, Huila, Nariño, Santa Marta, Valle del Cauca
Dentro de lo esperado	Caquetá, La Guajira, Santiago de Cali, Córdoba, Guainía.

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 43 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 24,7 % (204) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 35,1 % (20/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

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

Tabla 20. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 43 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		(SE 35-38 2026)	(SE 39-42 2026)
Antioquia	Medellín	19,8	518	69	87
	Bello	8,8	49	7	7
	Envigado	21,9	53	3	13
	Itagüí	13,8	38	10	5
Atlántico	Sabanalarga	268,8	277	24	75
Bolívar	Magangué	848,9	1220	211	385
Córdoba	Cereté	338,1	372	38	63
Cundinamarca	Fusagasugá	35,7	59	5	21
Chocó	Quibdó	218,9	291	86	35
Meta	Villavicencio	1940,3	9894	682	553
Norte de Santander	Ocaña	432,4	513	78	141
Risaralda	Pereira	27,2	132	21	39
	Dosquebradas	29,9	65	10	13
Santander	Bucaramanga	470,9	2915	423	608
	Floridablanca	310,4	974	97	192
	Girón	399,0	699	88	129
Tolima	Ibagué	267,1	1453	256	388
Valle del Cauca	Cartago	566,8	788	207	294
Arauca	Arauca	346,7	348	26	25
Casanare	Yopal	512,4	925	107	131

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

A semana epidemiológica 43 del 2026, se han notificado 245 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 65 casos, se han descartado 135 casos y se encuentran en estudio 45 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 107 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,10 %) (tabla 21).

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 43, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 43, 2026	Letalidad por dengue a SE 43, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	4	0	0,37	0,29
Boyacá	1	1	0,36	0,00
La Guajira	10	1	0,32	0,04
Atlántico	5	3	0,13	0,05
Magdalena	7	0	0,12	0,22
Santa Marta	2	0	0,09	0,17
Valle del Cauca	2	5	0,09	0,00
Meta	12	6	0,08	0,11
Sucre	2	1	0,08	0,09
Antioquia	3	1	0,08	0,12
Bolívar	6	6	0,06	0,11
Norte de Santander	3	0	0,05	0,09
Cundinamarca	1	2	0,05	0,05
Cesar	3	0	0,04	0,03
Barranquilla	1	2	0,03	0,14
Tolima	1	5	0,03	0,06
Casanare	1	2	0,03	0,00
Santander	1	2	0,01	0,09
Cauca	0	3	0,00	0,30
Putumayo	0	2	0,00	0,17
Arauca	0	1	0,00	0,08
Santiago de Cali	0	1	0,00	0,07
Colombia	65	44	0,07	0,10

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 43 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

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

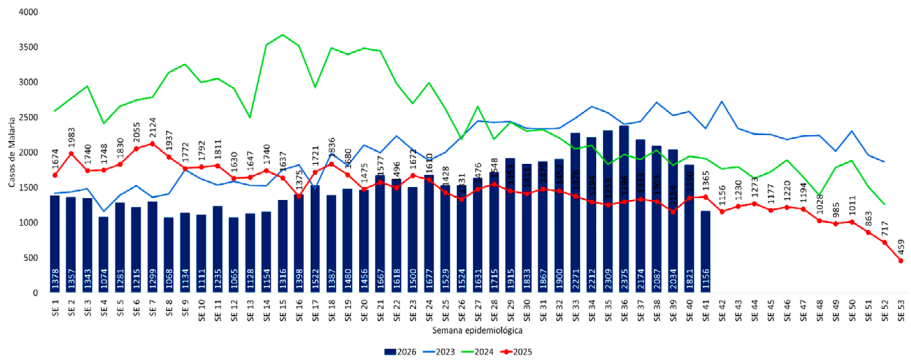
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución para la malaria, como lo muestra la figura 21.

Figura 21. Comportamiento epidemiologico de la malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 43 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 43 del 2026 se notificaron 2 470 casos de malaria, para un acumulado de 69 314 de los cuales 68 562 son de malaria no complicada y 752 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 65,7 % (45 506), seguido de *Plasmodium falciparum* con 33,0 % (22 874) e infección mixta con 1,3 % (934). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 95,0 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (43,0 %), Antioquia (12,3 %), Córdoba (6,9 %), Guainía (5,2 %), Nariño (4,8 %), Risaralda (4,2 %), Cauca (3,3 %), Amazonas (2,9 %), Bolívar (2,8 %), Buenaventura (2,5 %), Vichada (2,4 %), Meta (2,3 %) y Guaviare (2,2%). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 73,9 % de los casos son los que se muestran en la tabla 22.

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

Tabla 22. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 43 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 36 a 39 2026	Casos SE 40 a 43 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	6 108	891	439	41,01
Córdoba	Tierralta	3 199	357	356	31,57
Guainía	Inírida	3 286	464	497	83,01
Risaralda	Pueblo Rico	2 700	399	256	160,58
Chocó	Bagadó	2 725	462	537	225,65
Chocó	Lloró	2 512	426	322	231,22
Chocó	Istmina	1 884	236	138	53,89
Buenaventura	Buenaventura	1 729	310	150	5,32
Chocó	Alto Baudó	1 724	451	153	53,59
Antioquia	El Bagre	1 673	175	162	29,33
Chocó	Medio San Juan	1 345	168	158	111,11
Chocó	Río Quito	1 294	237	165	137,13
Chocó	Tadó	1 365	181	239	65,76
Meta	Puerto Gaitán	1 254	90	168	26,55
Vichada	Cumaribo	1 226	112	51	13,67
Cauca	Timbiquí	1 190	141	75	41,54
Chocó	Bajo Baudó	1 094	198	121	31,31
Bolívar	Montecristo	1 069	120	134	57,44
Chocó	Carmen del Darién	1 071	152	144	47,07
Chocó	Nóvita	1 032	207	245	96,31
Vaupés	Mitú	929	40	28	25,37
Cauca	Guapi	889	97	107	29,52
Chocó	Juradó	824	24	15	106,47
Norte de Santander	Tibú	828	112	74	13,21
Nariño	Olaya Herrera	811	85	54	30,33
Antioquia	Nechí	779	74	70	27,56
Chocó	Atrato	781	109	59	110,42
Chocó	El Cantón del San Pablo	729	55	22	102,20
Amazonas	Tarapacá (CD)	719	52	36	159,99
Córdoba	Puerto Libertador	687	55	53	14,91
Chocó	Medio Atrato	717	131	101	53,95
Guaviare	San José del Guaviare	689	85	98	10,35
Amazonas	La Pedrera (CD)	611	87	51	140,33
Antioquia	Cáceres	596	87	47	18,88
Antioquia	Chigorodó	601	49	74	9,53

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 47,8 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Pueblo Rico, Quibdó, El Bagre, Lloró, Carmen del Darién, Cumaribo, Mitú, Tibú, Juradó y Istmina y en incremento los municipios de Inírida, Bagadó, Puerto Gaitán y Montecristo (tabla 23). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 69,0 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Buenaventura, Timbiquí, Istmina, Rio Quito, Lloró, Alto Baudó, Bajo Baudó y Atrato y en incremento los municipios de Bagadó, Guapí, Medio San Juan, Nóvita, Tadó y Inírida como se muestra en la tabla 24.

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 43 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 36 a 39 de 2026	Casos SE 40 a 43 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	326	326	0%	6,3%
Guainía	Inírida	372	384	3%	6,1%
Risaralda	Pueblo Rico	288	184	-36%	4,8%
Chocó	Quibdó	311	149	-52%	4,7%
Antioquia	El Bagre	172	160	-7%	3,5%
Chocó	Lloró	203	155	-24%	3,2%
Chocó	Bagadó	149	213	43%	3,1%
Meta	Puerto Gaitán	85	142	67%	2,4%
Bolívar	Montecristo	117	135	15%	2,3%
Chocó	Carmen del Darien	133	123	-8%	2,1%
Vichada	Cumaribo	71	32	-55%	1,9%
Vaupés	Mitú	35	23	-34%	1,9%
Norte de Santander	Tibú	112	74	-34%	1,8%
Chocó	Juradó	24	15	-38%	1,8%
Chocó	Istmina	112	55	-51%	1,8%

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

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

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 43 de 2026

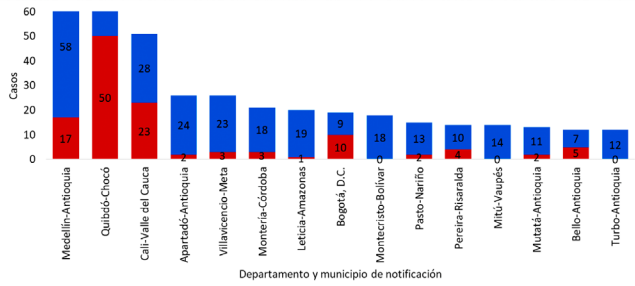
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 36 a 39 de 2026	Casos SE 40 a 43 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	578	284	-51%	17,3%
Chocó	Bagadó	309	313	1%	5,5%
Buenaventura	Buenaventura	231	106	-54%	5,3%
Cauca	Timbiquí	140	72	-49%	5,1%
Chocó	Istmina	125	83	-34%	4,6%
Chocó	Lloró	204	155	-24%	4,3%
Chocó	Río Quito	165	98	-41%	4,1%
Chocó	Alto Baudo	322	109	-66%	3,9%
Cauca	Guapi	92	104	13%	3,6%
Chocó	Medio San Juan	95	96	1%	3,1%
Chocó	Bajo Baudó	134	66	-51%	2,5%
Chocó	Tadó	71	142	100%	2,5%
Chocó	Atrato	87	43	-51%	2,4%
Chocó	Nóvita	102	148	45%	2,4%
Guainía	Inírida	85	113	33%	2,2%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 43 de 2026 se han notificado 752 casos de malaria complicada, que fueron notificados por 32 entidades territoriales; Antioquia, Chocó, Santiago de Cali, Amazonas, Meta, Risaralda, Nariño, Caldas, Bogotá, Córdoba, Bolívar, Santander, Valle del Cauca, Vaupés, Sucre y Caquetá notificaron el 71,1 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 55,6 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 22).

Figura 22. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 43 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 43 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran seis departamentos en situación de incremento y cinco en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 49 municipios en incremento y 58 en decremento (tabla 25).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 43 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 43 2025	Acumulado 2026	SE 43 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Mutatá	5	580	6	534	6	43	67
Antioquia	Frontino	4	240	11	538	8	31	101
Antioquia	Murindó	5	253	5	263	14	43	47
Antioquia	Cáceres	4	585	2	601	5	40	47
Antioquia	Necoclí	4	100	2	96	3	7	13
Antioquia	Dabeiba	4	144	1	192	1	24	35
Antioquia	Remedios	4	104	1	104	3	7	16
Antioquia	Nechí	5	861	3	793	21	25	70
Antioquia	Chigorodó	5	739	16	611	6	56	75
Antioquia	Yondó	4	53	2	69	0	2	6
Antioquia	Tarazá	4	468	11	259	3	22	29
Bolívar	Norosí	5	201	7	166	5	15	19
Bolívar	Río Viejo	4	23	0	153	3	4	22
Bolívar	Montecristo	5	875	9	1 089	27	74	135
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	69	3	139	4	5	29
Bolívar	San Pablo	4	15	0	15	0	1	4
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	14	0	81	2	1	7
Caquetá	Florencia	4	270	3	186	9	7	44
Cauca	López de Micay	5	198	1	151	1	11	16
Chocó	El Carmen de Atrato	4	217	12	603	5	17	139
Chocó	Condoto	4	186	4	388	8	14	63
Chocó	Bagadó	5	1 532	37	2739	59	325	539
Chocó	Tadó	5	1 411	24	1 371	49	164	239
Chocó	Medio San Juan	5	1 112	24	1 347	18	88	158
Chocó	Nóvita	5	312	7	1 034	27	27	246
Chocó	Belén de Bajirá	5	177	6	600	1	16	47
Chocó	Lloró	5	1 760	15	2522	43	132	326
Chocó	Istmina	5	1 196	22	1903	31	71	142
Chocó	Unión Panamericana	5	193	1	345	4	21	46
Chocó	Río Quito	5	518	9	1 303	20	89	165

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

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 43 2025	Acumulado 2026	SE 43 2026	Esperado	Observado
Chocó	El Litoral del San Juan	5	88	2	299	7	18	48
Chocó	Quibdó	5	2 797	33	6 236	72	298	453
Chocó	Medio Atrato	5	419	3	721	14	63	102
Chocó	Carmen del Darién	5	754	12	1 076	29	60	144
Chocó	Sipí	4	207	3	283	11	15	39
Chocó	Atrato	5	299	9	787	3	33	59
Chocó	Cértegui	4	191	2	289	1	12	26
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	29	0	37	0	3	7
Guainía	Inírida	5	1 420	51	3 294	25	270	499
Guaviare	San José del Guaviare	5	572	10	695	24	52	98
Guaviare	Calamar	4	166	3	294	11	22	38
Guaviare	El Retorno	5	237	4	353	10	20	48
Guaviare	Miraflores	3	63	1	148	11	12	25
La Guajira	Dibulla	4	6	0	2	0	0	2
Meta	Puerto Concordia	4	69	0	85	0	5	10
Meta	Puerto Gaitán	4	391	38	1 270	21	29	170
Meta	Puerto López	4	191	0	33	1	1	7
Nariño	El Charco	5	1 649	6	567	13	54	80
Valle del Cauca	Buenaventura	5	1 857	31	1 743	31	146	152

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 43 del 2026, se han notificado 17 515 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 17 431 corresponden a residentes en Colombia y 84 casos de residentes en el exterior.

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

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (44 de 2025 a 43 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 26).

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 (28,4 %) y en los de 1 año (27,0 %). Así mismo, el 65,9 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 43 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Guainía, Norte de Santander, Risaralda, San Andrés, Sucre 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 213 municipios a nivel nacional (19,0 %) y de disminución en 100 municipios (8,9 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 23 municipios (tabla 27).

Tabla 26. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 43, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 43 de 2025	Casos a SE 43 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	**17568**	**17431**	**0,54**	**19,0**	**8,9**
La Guajira	1481	1447	1,53	20,0	13,3
Chocó	703	808	1,39	38,7	9,7
Vichada	176	194	1,33	0,0	25,0
Risaralda	396	513	0,94	50,0	7,1
Guaviare	57	52	0,74	0,0	0,0
Cartagena de Indias	451	475	0,69	0,0	0,0
Cesar	794	858	0,68	28,0	20,0
Arauca	144	143	0,68	0,0	28,6
Magdalena	686	541	0,67	20,7	10,3
Boyacá	425	467	0,64	15,4	3,3
Vaupés	28	26	0,60	16,7	16,7
Antioquia	2268	2195	0,57	22,4	4,0
Nariño	574	632	0,56	25,0	4,7
Bogotá, D.C	2159	2042	0,54	0,0	0,0
Meta	317	404	0,54	24,1	13,8
Bolívar	524	489	0,51	24,4	8,9
Norte Santander	590	499	0,51	5,0	12,5
Cundinamarca	987	992	0,50	12,9	6,9
Casanare	216	174	0,50	15,8	31,6
Amazonas	57	41	0,48	9,1	9,1
Sucre	331	364	0,48	46,2	7,7
Putumayo	158	149	0,48	15,4	15,4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	18	0,46	100,0	0,0
Santiago de Cali	459	415	0,42	0,0	0,0
Guainía	37	28	0,41	11,1	11,1
Valle del Cauca	544	481	0,41	17,5	7,5
Tolima	285	319	0,40	10,6	10,6
Buenaventura	148	113	0,39	0,0	0,0
Huila	385	338	0,38	8,1	8,1
Santa Marta	155	132	0,35	0,0	0,0
Córdoba	431	529	0,35	16,7	13,3
Caquetá	114	112	0,33	6,3	25,0
Caldas	163	167	0,33	18,5	3,7
Santander	413	428	0,31	21,8	3,4
Cauca	264	304	0,29	23,8	11,9
Atlántico	292	291	0,28	13,6	40,9
Quindío	70	75	0,27	0,0	0,0
Barranquilla	283	176	0,25	0,0	0,0

*SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 44 de 2025 a SE 43 de 2026.*
Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 y 2026 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2025.

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

Tabla 27. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 43 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Norte de Santander	San José de Cúcuta	250	200
La Guajira	Maicao	328	190
Risaralda	Pereira	103	165
Chocó	Quibdó	96	136
Risaralda	Dosquebradas	42	120
Sucre	Sincelejo	49	104
Tolima	Ibagué	64	97
Cundinamarca	Fusagasugá	57	89
Nariño	Pasto	71	70
Antioquia	Rionegro	33	53
Cesar	Aguachica	24	50
Cauca	Popayán	29	47
Boyacá	Duitama	27	46
Huila	Pitalito	31	43
Valle del Cauca	Cartago	23	33
Cundinamarca	Chía	28	31
Valle del Cauca	Yumbo	35	31
Antioquia	Envigado	17	29
Cauca	Santander de Quilichao	21	29
Santander	Piedecuesta	39	27
Atlántico	Malambo	34	22
Cundinamarca	Girardot	45	16
Norte de Santander	Villa del Rosario	43	13

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***

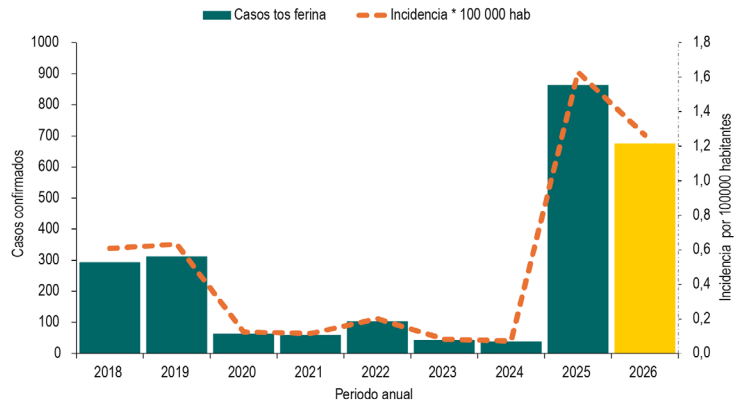
Tos ferina

Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 42 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 42 de 2026 (datos preliminares), a nivel nacional se han confirmado 705 casos de tos ferina, de los cuales 675 son procedentes del país, utilizados para el cálculo de la incidencia, y 30 corresponden a casos procedentes del exterior. La incidencia nacional de tos ferina registrada hasta la semana epidemiológica 42 fue de 1,3 casos por 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos correspondientes a la misma semana epidemiológica de los años 2018 a 2024, se observa un aumento en la incidencia de tos ferina. No obstante, el comportamiento registrado durante 2026 es inferior al observado en el mismo periodo de 2025, año en el que se confirmaron 864 casos de tos ferina y una incidencia de 1,6 casos por 100 000 habitantes (figura 23).

Figura 23. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 42, 2018 a 2026p



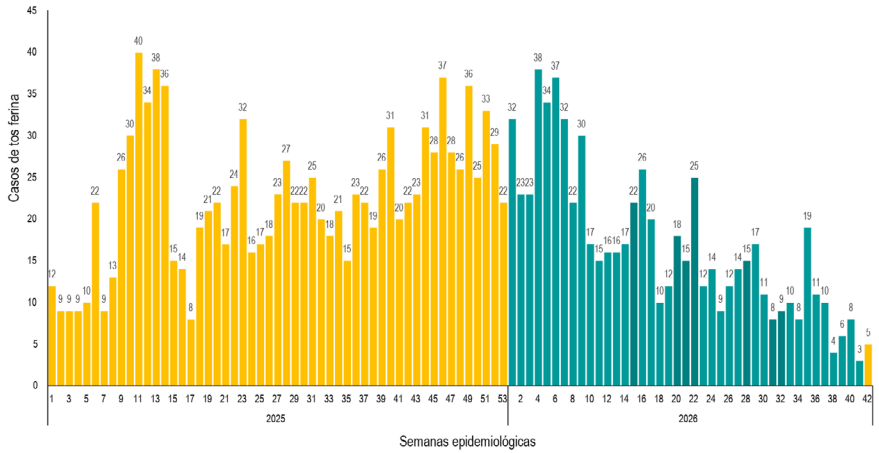
Fuente: Sivigila 2018 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

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

La figura 24 muestra una disminución de los casos de tos ferina durante 2026 en comparación con 2025. Mientras que en 2025 se registraron picos de hasta 40 casos en la semana epidemiológica 11 y de 37 casos en la semana epidemiológica 46, durante 2026 los mayores valores se presentaron al inicio del año, con 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 picos esporádicos desde la semana epidemiológica 17. Este comportamiento evidencia una disminución importante en la ocurrencia de casos de tos ferina durante 2026, especialmente en el segundo semestre del año. En las semanas epidemiológicas 39 a 42 se confirmaron 22 casos, lo que representa una disminución del 50,0 % respecto a las semanas epidemiológicas 35 a 38, periodo en el que se registraron 44 casos.

Figura 24. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 42 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 42, de 2019 a 2026p

Las mayores incidencias por 100 000 habitantes se registraron en Vaupés (22,5 casos por 100 000 habitantes), Casanare (4,6), Cartagena de Indias (4,5), Vichada (4,5), Arauca (3,6), Chocó (3,3) y Boyacá (3,1). También se observaron incidencias elevadas en Antioquia (2,2) y Santander (1,9). En términos absolutos, Antioquia concentró el mayor número de casos confirmados (152 casos), seguida de Bogotá, D.C. (66), Cartagena de Indias y Santander (46 casos cada una), Boyacá (40) y Cesar (27).

La distribución territorial de la enfermedad evidenció un comportamiento heterogéneo. Aunque los mayores números de casos se concentraron en departamentos y distritos con gran tamaño poblacional, las incidencias más altas se observaron en entidades con menor población, como Vaupés, Casanare, Vichada y Arauca, donde un menor número de casos genera tasas más elevadas. Asimismo, varias entidades territoriales presentaron incidencias superiores a la nacional, lo que indica una transmisión más intensa en esos territorios.

Se resalta la importancia de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, búsqueda activa de casos, investigación de campo y seguimiento de contactos, así como mantener coberturas adecuadas de vacunación, especialmente en las entidades con mayores incidencias y carga de enfermedad, con el fin de reducir el riesgo de transmisión y prevenir la ocurrencia de brotes.

La tabla 28 presenta el número de casos confirmados de tos ferina por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia acumulada durante 2026, en comparación con las incidencias observadas para la misma semana epidemiológica en el período 2019-2026p.

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

Con corte a la semana epidemiológica 42 de 2026, en Colombia se han reportado 46 brotes de tos ferina en población indígena colombiana, con un total de 173 casos asociados en Colombia. De estos, 40 brotes (87,0 %) se encuentran cerrados y seis brotes (13,0 %) permanecen activos y en seguimiento por la entidad territorial. Los brotes que continúan activos corresponden a los municipios de El Carmen (Norte de Santander), Cumaribo (Vichada), Turbo (Antioquia), Cerrito (Santander), Betulia (Antioquia) y Necoclí (Antioquia) (tabla 29).

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

Tabla 28. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 42, 2019 a 2026p

	Incidencias por 100 000 habitantes									
Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0,6	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,6	1,3		675
Antioquia	0,8	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	3,2	2,2		152
Bogotá, D.C.	0,9	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	3,4	0,8		66
Cartagena de Indias	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	4,5		46
Santander	0,4	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,4	1,9		46
Boyacá	0,5	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,9	3,1		40
Cesar	0,6	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,7	1,8		27
Cundinamarca	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	1,7	0,6		23
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6		22
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	1,4	1,7		21
Norte de Santander	1,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,2	1,2		21
Santiago de Cali	0,3	0,3	0,0	0,0	0,2	0,1	0,8	0,9		21
Chocó	0,4	0,2	3,7	0,5	0,0	0,3	2,7	3,3		20
Cauca	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9		14
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,0	0,7		14
Risaralda	0,8	0,1	0,0	0,6	0,0	0,0	2,0	1,1		11
Barranquilla	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	0,9		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	0,1	0,1	0,0	6,1	0,0	0,0	1,1	0,9		10
Huila	0,4	0,4	0,1	0,0	0,1	0,3	1,9	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	0,5	0,9		9
Caldas	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	2,5	0,8		8
Meta	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,3	0,7		8
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	4,5		7
Valle del Cauca	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3		7
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	0,6	0,5		5
Nariño	0,4	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,5	0,3		5
Santa Marta	0,2	0,2	0,0	1,3	0,7	0,0	0,9	0,7		4
Tolima	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2		3
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,9	0,6	0,0	0,0	0,6		2
Putumayo	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5		2
Caquetá	1,7	0,7	0,0	0,0	0,2	0,9	0,5	0,5		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	1,2	1,2		1

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

Tabla 29. Brotes activos de tos ferina en población indígena en seguimiento, Colombia, 2026p

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		**173**		
Norte de Santander	El Carmen	1	20/10/2026	17/11/2026
Vichada	Cumaribo	7	27/09/2026	31/10/2026
Antioquia	Turbo	1	18/09/2026	30/10/2026
Santander	Cerrito	22	17/09/2026	26/10/2026
Antioquia	Betulia	1	14/09/2026	26/10/2026
Antioquia	Necoclí	4	30/08/2026	23/09/2026

**FIS: fecha de inicio de síntomas*

La fecha estimada de cierre del brote se calcula a partir de los 42 días posteriores a la fecha de inicio de síntomas (FIS) del último caso confirmado. No obstante, el cierre oficial corresponde a la entidad territorial, que lo decreta una vez verifique el cumplimiento de los criterios epidemiológicos establecidos. Adicionalmente, la presencia de casos en estudio puede modificar la fecha estimada de cierre cuando estos son confirmados.

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

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

BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 03 de noviembre de 2026

Para 2026, con corte al 03 de noviembre (datos preliminares), se han confirmado por laboratorio 60 casos de fiebre amarilla en humanos, con fecha de inicio de síntomas (FIS) entre el 4 de enero y el 19 de septiembre de 2026. Del total de casos confirmados, el 93,3 % (56/60) corresponde al departamento del Tolima, el 5,0 % (3/60) a Cundinamarca y el 1,7 % (1/60) al Meta.

En cuanto a la mortalidad, se han notificado 30 fallecimientos entre los casos investigados, de los cuales 28 fueron confirmados como muertes por fiebre amarilla y dos fueron excluidos del cálculo de la letalidad, debido a que la causa de muerte no correspondió a esta enfermedad. En consecuencia, la letalidad entre los casos confirmados es del 46,6 % (28/60).

La distribución municipal de los casos confirmados en el departamento del Tolima es la siguiente: 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 el departamento del Meta se confirmó un caso procedente de Villavicencio, mientras que en Cundinamarca se confirmaron tres casos procedentes del municipio de Paratebueno.

Durante el periodo comprendido entre el 27 de octubre y el 3 de noviembre de 2026, no se confirmaron nuevos casos de fiebre amarilla en humanos. A la fecha de corte, se completan siete semanas sin confirmación de nuevos casos humanos, aunque persiste la circulación del activa del en áreas de riesgo de los departamentos del Tolima y Cundinamarca, con antecedentes recientes de transmisión en los municipios de Paratebueno (Cundinamarca), Purificación, Chaparral, Icononzo, Melgar, San Antonio, Prado, Suarez y Dolores (Tolima).

Durante 2026, con corte al 3 de noviembre y según datos preliminares, se han confirmado 34 epizootias por fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). Los últimos eventos confirmados por el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud corresponden al 19 de septiembre de 2026, en áreas rurales de los municipios de Icononzo y Purificación, en el departamento del Tolima.

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

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, semana epidemiológica 42, Bogotá, Colombia, 03 de noviembre de 2026

Actualización de sarampión a nivel nacional, 04 de noviembre de 2026

Se han confirmado 17 casos, de estos, 11 son importados y seis relacionados a la importación, no se han reportado complicaciones ni defunciones, y se han cerrado nueve casos aislados y un conglomerado (5 casos). Último caso confirmado con fecha de inicio de exantema el 17/10/2026 en Leticia Amazonas, importado de Perú.

De las últimas 04 semanas, 92 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (38), Antioquia (27), Sucre (5), Huila (4), Cali (3), Amazonas, Atlántico y Norte de Santander (2), Caldas, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Meta, Nariño, Putumayo, Risaralda y Tolima un caso cada uno. Con corte al 04 de noviembre de 2026, se han notificado 2 277 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 2 141 han sido descartados, con casos confirmados para diagnósticos diferenciales como: dengue, parvovirus B19, herpes 6 y citomegalovirus.

En cuanto a la caracterización genética, ocho 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, 04 de noviembre de 2026.

Situación de vigilancia en salud pública en el contexto del fenómeno de El Niño consolidado. Colombia, semana epidemiológica 42 de 2026

El fenómeno de El Niño continúa consolidado en el territorio nacional, con alta probabilidad de persistencia durante los próximos meses. En este contexto, el Instituto Nacional de Salud (INS), a través del Sistema de Alerta Temprana de Factores de Riesgo Ambiental (INS-FRA), mantiene el monitoreo de las condiciones hidrometeorológicas y de los eventos de interés en salud pública sensibles al clima. La persistencia de déficit de precipitación y temperaturas superiores a lo normal en diversas regiones del país podría favorecer incendios de cobertura vegetal, desabastecimiento de agua, deterioro de la calidad del aire y otros factores con potencial impacto en salud, por lo que se fortalecen las acciones de vigilancia epidemiológica, ambiental y comunitaria en los territorios priorizados.

Con corte a la semana epidemiológica 42 de 2026, el Sistema de Alerta Temprana (SAT) identificó comportamientos inusuales en eventos de interés en salud pública en diferentes entidades territoriales. Entre los eventos bajo seguimiento se destacan dengue, malaria, infección respiratoria aguda (IRA), infección respiratoria aguda grave (IRAG), enfermedad diarreica aguda (EDA), hepatitis A, tosferina, leptospirosis, desnutrición aguda en menores de cinco años, violencias de género e intrafamiliar e intento de suicidio. Estos eventos continúan siendo objeto de análisis y seguimiento por parte de las entidades territoriales y del INS con el fin de identificar cambios en su comportamiento y orientar oportunamente las acciones de respuesta.

Los eventos transmitidos por vectores continúan representando uno de los principales grupos de eventos bajo seguimiento debido a su sensibilidad frente a las variaciones ambientales. De manera complementaria, los eventos respiratorios, gastrointestinales, nutricionales y de salud mental requieren especial atención en los territorios que presentan condiciones de vulnerabilidad asociadas a las altas temperaturas, la disminución de la disponibilidad hídrica y otros efectos relacionados con la persistencia del Fenómeno de El Niño.

Desde la perspectiva ambiental, entre las semanas epidemiológicas 30 y 42 de 2026 el Sistema de Alerta Temprana Ambiental y Efectos en Salud (SATAES) registró 200 alertas asociadas a incendios de cobertura vegetal distribuidas en 22 departamentos y cuatro distritos del país. Adicionalmente, el monitoreo territorial identificó municipios con señales relacionadas con incendios de cobertura vegetal, especialmente en departamentos de las regiones Andina, Caribe, Orinoquía y Amazonía, situación que requiere mantener la vigilancia de posibles efectos sobre la calidad del aire y la salud de las comunidades expuestas.

Asimismo, el Sistema de Alerta Temprana identificó 185 municipios con reportes relacionados con escasez de agua, disminución de caudales, afectaciones en sistemas de abastecimiento o riesgo de desabastecimiento hídrico. Estas condiciones representan un factor de riesgo para la salud pública debido a las posibles afectaciones sobre el acceso al agua para consumo humano, las prácticas de higiene y saneamiento y las condiciones ambientales que favorecen la ocurrencia de enfermedades asociadas al agua.

Ante la persistencia de las condiciones asociadas al fenómeno de El Niño, se recomienda a las entidades territoriales fortalecer la vigilancia intensificada de los eventos de interés en salud pública sensibles al clima, mantener el monitoreo de municipios con antecedentes o riesgo de incendios de cobertura vegetal y desabastecimiento de agua, reforzar las estrategias de comunicación del riesgo y promover la articulación intersectorial con los sectores de ambiente, gestión del riesgo, agua potable y saneamiento básico. Asimismo, se recomienda fortalecer

las capacidades locales para la detección temprana y notificación oportuna de eventos inusuales, con especial atención en población infantil, gestantes, adultos mayores, comunidades indígenas y población rural dispersa.

Tabla 30. Comportamientos inusuales, eventos de interés en salud pública, Colombia, semana epidemiológica 42 de 2026

Evento	N.° entidades territoriales (departamentos y distritos)	Entidades territoriales
Accidente ofídico	1	Quindío
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	5	Antioquia, Caldas, Casanare, Meta y Cartagena de Indias
Dengue (dengue y dengue grave)	18	Amazonas, Antioquia, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Casanare, Cesar, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca
Hepatitis A	2	Huila y Santander
IRAG inusitado	1	Cesar
Malaria	4	Bolívar, Boyacá, Meta y Sucre
IRA en consulta externa y urgencias	2	La Guajira y Santa Marta
IRA en hospitalización en sala general	2	Magdalena y Barranquilla
IRA en hospitalización en UCI	5*	Huila, Nariño, Tolima, Barranquilla y Cartagena de Indias
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	1	Boyacá
Tos ferina	3	Antioquia, Atlántico y Caldas
Enfermedad de Chagas	2	Bolívar y Boyacá
Desnutrición aguda en menores de cinco años	1	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Intento de suicidio	1	Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Violencia de género e intrafamiliar	9	Caldas, Casanare, Huila, La Guajira, Norte de Santander, Santander, Tolima, Barranquilla y Cartagena de Indias

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, semana epidemiológica 42, corte al 30 de octubre de 2026

ET: entidad territorial, UCI: unidad de cuidados intensivos, EDA: enfermedad diarreica aguda, IRAG: infección respiratoria aguda grave

Caso confirmado de enfermedad de Chagas aguda, Puerto Asís (Putumayo). Actualización a 3 de noviembre de 2026

Este caso corresponde a un paciente masculino de 3 años, afiliado a Mallamas EPSI, residente y procedente de la vereda Campo Alegre, zona rural del municipio de Puerto Asís, Putumayo. Inició síntomas el 12 de octubre de 2026, caracterizado por fiebre persistente, diarrea autolimitada y distensión abdominal. Consultó el 13 de octubre y reingresó el 14 de octubre al Hospital Local de Puerto Asís, donde permaneció hospitalizado hasta su remisión, el 25 de octubre, al Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto.

Durante la atención se documentaron leucopenia, trombocitopenia y elevación de transaminasas y lactato deshidrogenasa (LDH) y resultados negativos para dengue y hepatitis B. El 26 de octubre se confirmó la presencia de tripomastigotes de *Trypanosoma cruzi* mediante examen parasitológico directo (gota gruesa), notificándose el caso al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).

Con corte a 03 de noviembre, el paciente continúa hospitalizado bajo manejo médico y tratamiento específico con Benznidazol, iniciado el 27 de octubre de 2026. Durante la investigación epidemiológica de campo, la madre refirió reconocer el vector y su presencia en la vivienda. Los convivientes se encuentran asintomáticos. La vivienda presenta condiciones que favorecen la infestación por triatominos, incluyendo estructura en madera, piso de tierra y anexos peridomiciliarios.

La búsqueda activa institucional no identificó casos agudos adicionales. El 29 de octubre de 2026 se realizó desplazamiento del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) departamental para el desarrollo de búsqueda activa comunitaria, estudio entomológico y de laboratorio, así como acciones para el control vectorial. Se tomaron muestras a 32 a personas, incluidos cuatro convivientes. Los resultados parasitológicos fueron negativos y se identificaron dos pruebas diagnósticas rápidas reactivas, con resultados serológicos aún pendientes. Se encuentran envío de láminas y muestras para control de calidad y estudio de seroconversión de contactos. El paciente continúa en seguimiento clínico por parte del programa de enfermedades transmitidas por vectores (ETV).

Nota: Información preliminar sujeta a ajustes conforme avance la investigación epidemiológica y la validación por parte del referente nacional del evento.

Fuente: Información Sitrep referente Puerto Asís, Putumayo, Colombia, 03 de noviembre de 2026

Rabia animal. Colombia, corte a 3 de noviembre de 2026

Durante la semana epidemiológica 44 se confirmaron dos eventos de rabia animal en el país, correspondientes a un felino en el municipio de Sucre (Cauca) y un murciélago en el distrito de Santiago de Cali (Valle del Cauca). El caso en felino correspondió a un gato de un año, procedente de zona rural, sin antecedente de vacunación antirrábica, que inició síntomas el 17 de octubre de 2026 con parálisis de miembros posteriores, sialorrea, alteración del apetito y cambios en la vocalización. El animal

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.

fue identificado como caso probable por el programa de zoonosis, permaneció en observación y falleció al sexto día de seguimiento. La confirmación por el Laboratorio Nacional de Referencia del INS se obtuvo el 30 de octubre de 2026. La investigación epidemiológica de campo permitió identificar dos personas expuestas a la saliva del animal, clasificadas como exposición grave, quienes recibieron manejo conforme a los lineamientos vigentes, incluyendo suero antirrábico y esquema de vacunación, encontrándose en buen estado de salud durante el seguimiento. Adicionalmente, se identificaron dos caninos convivientes con antecedente vacunal vigente, actualmente bajo observación y sin signos compatibles con la enfermedad. No se documentaron agresiones a personas o animales asociadas al caso.

Por otra parte, el caso confirmado en Santiago de Cali corresponde a un murciélago hallado muerto y reportado por la comunidad el 23 de octubre de 2026 en el barrio Industrial Los Mangos de Santiago de Cali. La muestra fue remitida al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), donde la confirmación se realizó el 30 de octubre de 2026. Las actividades de investigación epidemiológica y búsqueda de contactos no identificaron personas expuestas al virus; se estableció que el espécimen únicamente fue manipulado por personal de zoonosis durante su recolección.

Como parte de la respuesta frente a ambos eventos, se adelantaron salas de análisis del riesgo territoriales y continúan las acciones de vigilancia y control, incluyendo búsqueda activa comunitaria en zonas de foco y perifoco, búsqueda activa institucional retrospectiva, fortalecimiento de la vacunación antirrábica en perros y gatos y seguimiento de los contactos identificados. Los eventos permanecen en monitoreo por parte de las entidades territoriales y del nivel nacional, y la información podrá actualizarse de acuerdo con los resultados de las investigaciones epidemiológicas y las intervenciones desarrolladas en campo.

Fuente: Información Sitrep de Cauca y Cali. Colombia (INS), Colombia, 03 de noviembre de 2026.

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización de la enfermedad del ébola causada por el virus de Bundibugyo (BVD) en República Democrática del Congo. Ministerio de Salud Pública, Higiene y Protección Social de RDC. Fecha de publicación: 01 de noviembre de 2026

En República Democrática del Congo (RDC), con corte a 31 de octubre de 2026, se han notificado 10 467 casos confirmados, incluyendo 5 103 fallecimiento, letalidad 48,8 %. Los casos se han reportado en 67 zonas sanitarias de ocho provincias. Ituri sigue siendo la provincia más afectada, concentrando el 70,8 % de los casos, con 28 de las 36 zonas sanitarias reportando casos durante este brote, seguida de Nord Kivu (17/34), Haut-Uélé (7/13), Tshopo (7/23), Bas-Uélé (4/11), Sud Kivu (1/34), Sud-Ubangi (1/16) y Nord-Ubangi (2/11).

El brote de BVD se encuentra en una coyuntura crítica; la transmisión sostenida en la RDC y su propagación a nivel internacional ponen de manifiesto las deficiencias persistentes en la contención del brote. El aumento de la inseguridad, los desplazamientos de población y las restricciones al acceso humanitario en RDC dificultan las operaciones de respuesta y elevan el riesgo de que se produzca una transmisión no detectada.

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Higiene y Protección Social de RDC. SitRep N°170/MVE-BDBV/31/10/2026. Fecha de publicación: 01 de noviembre de 2026. Fecha de consulta: 04 de noviembre de 2026. Disponible en: https://administration.sante.gouv.cd/wp-content/uploads/2026/10/SitRep_MVE_RDC_N_170_31-10-2026.pdf

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

TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 43 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 43

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			Leptospirosis		
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 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	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	42	1	1	492	36	45	890	23	152	126	9	15	3	0	1	1	0	0	16	1	1
Antioquia	481	11	6	18525	1469	1619	3854	258	625	1342	111	190	38	4	5	232	59	4	653	14	6
Arauca	95	1	2	928	67	102	2637	85	289	804	22	73	28	1	0	1	1	0	30	0	0
Atlántico	78	4	1	3717	288	309	3996	296	718	1695	173	284	28	8	3	4	1	0	58	3	1
Barranquilla D.E.	10	0	0	4307	289	359	3072	370	418	1378	200	170	32	8	4	4	2	0	111	3	5
Bogotá D.C.	1	0	0	21421	1851	2038	0	0	0	0	0	0	0	0	0	104	19	11	117	1	0
Bolívar	225	9	2	2551	222	201	9704	322	1784	3948	160	666	118	7	17	3	0	0	100	5	1
Boyacá	61	2	0	6289	516	541	281	17	36	126	7	17	4	0	1	4	1	0	51	0	0
Buenaventura D.E.	18	0	0	117	11	9	184	31	44	68	13	16	2	0	0	0	0	0	81	1	1
Caldas	57	1	2	3875	300	382	182	13	32	75	8	16	0	0	0	7	1	0	60	0	0
Santiago de Cali D.E.	9	0	0	4947	414	409	1138	564	148	431	223	58	12	7	4	3	29	0	87	2	0
Caquetá	142	2	5	1086	93	108	447	37	27	231	19	12	12	0	0	0	0	0	199	8	0
Cartagena de Indias D.T.	23	0	1	2343	153	214	3550	553	491	669	238	83	35	11	3	1	0	0	153	7	1
Casanare	151	3	4	1976	135	203	3641	75	245	1089	31	69	22	2	1	1	0	0	41	1	0
Cauca	97	2	1	5493	456	418	243	63	51	85	25	21	8	1	1	6	1	1	86	1	0
Cesar	238	11	7	2920	207	266	6745	258	475	3728	157	216	49	4	2	2	1	0	27	1	1
Chocó	187	4	3	295	20	22	1151	87	149	244	17	34	6	1	0	0	0	0	108	1	0
Córdoba	332	13	14	4726	379	380	3099	373	310	1380	178	158	12	2	1	1	0	0	97	3	1
Cundinamarca	76	1	0	14240	1128	1284	2053	157	517	795	77	196	22	1	6	20	4	1	136	3	2
Guainía	7	1	1	242	14	21	11	4	2	3	1	1	0	0	0	1	0	0	8	0	0
Guaviare	65	2	1	355	64	29	624	30	124	188	8	45	3	0	0	0	0	0	25	2	0
Huila	135	4	5	6305	397	603	1093	142	146	443	53	55	55	5	4	11	2	3	203	3	0
La Guajira	122	5	2	2135	253	150	3171	150	62	1706	106	30	55	4	2	3	1	0	28	1	1
Magdalena	137	4	3	2180	194	150	5874	116	762	2871	77	345	37	1	1	1	2	0	40	1	0
Meta	239	3	3	4177	334	437	14131	326	942	4219	121	275	130	3	17	7	9	0	50	0	1
Nariño	113	1	1	7018	570	650	696	81	82	276	27	33	5	1	1	3	0	0	67	1	0
Norte de Santander	288	8	5	6764	498	583	6094	332	772	2196	167	200	76	6	6	20	15	0	103	2	0
Putumayo	113	2	4	1749	142	161	402	48	73	113	16	19	6	0	0	1	0	0	35	0	0
Quindío	13	0	0	3048	222	252	423	26	103	101	9	20	14	0	3	2	2	0	85	3	0
Risaralda	56	0	1	4154	318	373	237	21	64	97	9	31	2	0	0	16	3	1	185	2	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	331	27	27	42	9	12	16	5	4	1	0	0	1	0	0	5	0	0
Santa Marta D.T.	38	0	0	1837	133	193	2136	81	79	950	48	31	7	1	0	1	0	0	79	4	1
Santander	178	6	5	7705	576	698	7488	467	1337	2904	208	538	53	4	11	89	4	5	230	2	0
Sucre	78	2	2	2578	204	230	2438	199	559	1088	127	215	20	4	3	2	0	0	98	4	5
Tolima	125	3	2	7077	543	663	3459	410	755	1154	191	287	45	3	6	6	2	0	637	3	9
Valle del Cauca	62	2	1	8628	644	765	2264	427	580	777	158	187	32	2	12	5	6	0	110	3	1
Vaupés	34	1	1	220	13	24	95	2	20	7	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0
Vichada	44	1	0	227	22	22	133	16	28	36	4	6	1	0	1	0	0	0	12	0	0
Total nacional	4170	110	86	166.978	13.201	14.940	97.678	6.469	13.013	37.359	3.003	4.616	973	91	116	564	168	26	4.215	375	343

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 43

Decremento
Incremento

	IRAG inusitado			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		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en salsa general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica		
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	1	0	0	2048	289	111	2	3	0	5151	534	342	114	13	12	0	0	0	2494	318	230
Antioquia	73	5	5	8609	753	846	226	28	37	796769	78793	66387	30859	2640	2265	3208	741	508	352509	31597	34133
Arauca	27	2	0	192	7	6	6	2	0	20241	2213	1846	2852	155	450	52	7	16	7015	604	691
Atlántico	12	0	1	1	0	0	7	6	2	131929	12084	14944	2820	269	250	1808	249	222	51983	4291	5809
Barranquilla D.E.	21	1	1	0	0	0	20	7	5	185298	17910	20749	10445	490	1114	1484	261	386	65443	5838	7545
Bogotá D.C.	2	0	0	0	0	0	169	36	29	1346649	124513	133255	58912	4739	4710	7694	1338	1387	664704	58877	67828
Bolívar	3	0	0	1985	105	231	27	4	7	109970	11430	10245	2614	281	186	353	116	54	25627	2545	2335
Boyacá	3	0	0	188	0	8	30	5	3	102525	11726	8576	5889	457	448	346	81	57	43004	3868	4439
Buenaventura D.E.	0	0	0	1747	146	152	15	2	2	8524	1021	645	38	9	4	8	2	0	2730	249	278
Caldas	22	1	0	10	2	2	28	1	4	65974	7711	5525	2614	220	142	1023	136	128	29000	2542	2541
Santiago de Cali D.E.	83	1	2	7	1	4	93	12	12	188406	21635	15476	5345	446	372	480	90	62	82620	8926	7762
Caquetá	5	0	0	384	20	56	19	3	1	26488	2999	1844	1892	137	115	30	5	11	13079	1257	1246
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	3	0	1	22	4	6	148292	18193	16155	9413	421	610	1582	217	313	44883	3965	4486
Casanare	7	1	0	27	1	2	8	1	0	21733	2563	1817	327	63	13	118	14	14	9107	888	836
Cauca	12	0	0	2271	228	204	42	4	5	79920	9148	6039	3564	242	190	217	71	70	31278	4980	2579
Cesar	36	2	3	10	2	2	52	2	15	89514	10698	8150	4807	569	480	358	108	85	20764	2334	2034
Chocó	3	1	1	29753	2111	3461	21	2	5	20340	1892	1413	1064	138	70	33	4	5	14967	1055	1179
Córdoba	3	0	0	4756	735	506	26	3	4	169358	14773	13527	8849	611	678	1603	265	332	38506	3711	3245
Cundinamarca	8	1	1	0	0	0	68	11	8	290354	27025	25860	13097	945	1157	917	261	177	139393	12882	13232
Guainía	0	0	0	3600	308	516	0	0	0	1469	200	105	79	24	2	0	0	0	1291	120	99
Guaviare	0	0	0	1490	99	209	5	1	2	5513	535	464	935	37	79	60	9	9	3814	238	323
Huila	27	1	0	0	0	0	26	6	1	67328	9612	4730	4375	314	316	580	79	117	34733	4158	3521
La Guajira	11	2	1	20	2	6	12	3	1	239034	15758	25918	3276	618	301	514	64	60	37450	4438	4741
Magdalena	5	1	0	14	1	1	15	2	1	103330	8659	8482	3925	249	589	28	9	8	28835	2773	2239
Meta	17	1	0	1618	45	202	12	3	0	73188	6284	5956	2945	188	220	218	71	46	38748	3856	3267
Nariño	9	0	1	3320	691	279	78	5	20	96114	13276	8123	6547	383	465	166	25	28	39851	5318	3427
Norte de Santander	4	0	0	990	98	85	91	10	23	126232	13106	8857	8626	741	512	736	116	101	45656	4872	4291
Putumayo	4	0	0	68	4	6	7	2	1	33124	2204	2863	1339	94	139	41	5	4	11668	1028	846
Quindío	3	0	0	2	1	0	10	3	1	40227	5482	3127	2117	207	123	402	57	54	26682	2423	2119
Risaralda	11	0	1	2907	310	281	65	6	12	82156	9354	5406	2528	325	131	240	43	19	33001	3356	2921
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5344	691	676	623	66	64	15	0	1	2456	251	318
Santa Marta D.T.	6	0	0	0	0	0	14	1	2	48398	2719	4839	3036	205	262	666	140	98	17059	1316	1631
Santander	7	0	0	15	1	2	124	7	18	207251	15870	16090	14495	1234	1175	2135	369	352	82569	6756	8496
Sucre	2	0	1	57	6	8	28	1	10	82940	8492	7107	5995	714	466	898	302	216	21944	2250	2176
Tolima	17	1	0	19	0	2	19	4	5	111272	10768	8137	7597	426	515	392	57	63	52957	4833	4844
Valle del Cauca	41	1	1	20	9	1	43	6	12	108866	11876	8598	2955	258	201	840	109	93	59894	5454	5378
Vaupés	11	1	2	1163	236	186	8	2	1	5646	354	769	114	12	8	0	1	0	2479	117	294
Vichada	1	0	1	1677	132	72	2	0	0	2490	351	263	6	4	0	2	1	1	1353	141	123
Total nacional	499	19	22	68.973	6.419	7.315	1.444	204	256	5.247.357	512.452	473.305	237.028	18.944	18.834	29.247	5.414	5.097	2.181.546	204.428	213.482

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 43

Decremento
Incremento

	Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			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	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	14	15	14	0	0	0	1	0	1	2	1	0	7	0	1	98	4	9	1	0	0
Antioquia	643	695	643	9	11	0	504	54	41	16	6	1	1161	45	62	2270	187	152	361	23	26
Arauca	41	51	41	2	1	0	25	1	2	1	1	0	49	1	4	216	8	44	59	7	5
Atlántico	110	191	110	2	3	0	58	5	0	0	0	0	29	1	2	740	58	76	33	2	0
Barranquilla D.E.	164	224	164	1	2	0	142	7	8	0	0	0	57	5	7	856	68	48	80	4	3
Bogotá D.C.	615	654	615	18	11	0	1252	110	101	782	5	18	1055	66	42	4138	329	347	1571	148	83
Bolívar	160	184	160	7	3	0	35	2	1	2	0	0	30	2	0	417	35	20	16	1	0
Boyacá	92	112	92	4	2	0	152	15	7	19	1	1	135	3	2	625	48	55	187	22	11
Buenaventura D.E.	43	65	43	0	1	0	2	0	1	0	1	0	4	0	1	29	1	1	1	0	0
Caldas	62	78	62	2	2	0	38	6	3	2	1	0	28	2	5	387	30	25	20	3	4
Santiago de Cali D.E.	218	245	218	3	3	0	117	20	10	1	0	0	38	3	1	799	95	34	104	10	13
Caquetá	40	52	40	0	2	0	27	3	3	1	0	0	5	1	0	204	12	16	12	4	3
Cartagena de Indias D.T.	130	196	130	1	3	0	52	6	3	0	0	0	60	2	3	418	45	36	30	0	0
Casanare	43	61	43	2	2	0	44	2	0	3	0	0	46	0	0	236	21	26	28	8	6
Cauca	170	197	170	3	3	0	56	10	5	3	0	0	34	1	1	251	23	18	120	21	17
Cesar	177	217	177	1	4	0	68	5	2	0	0	0	73	2	2	579	29	39	21	3	1
Chocó	124	150	124	0	2	0	3	0	0	0	1	0	121	5	2	25	4	3	11	1	0
Córdoba	208	313	208	3	5	0	169	14	5	1	0	0	22	2	2	1110	105	45	43	1	0
Cundinamarca	293	336	293	5	7	0	364	33	23	276	3	6	187	17	5	2144	155	199	281	25	13
Guainía	16	16	16	0	0	0	0	0	0	3	1	0	3	0	0	32	1	0	1	0	0
Guaviare	7	12	7	1	0	0	6	0	0	1	1	0	3	0	0	33	4	1	8	1	0
Huila	130	144	130	7	3	0	123	14	9	15	1	1	38	4	3	518	46	46	27	5	3
La Guajira	243	330	243	0	3	0	33	2	4	0	0	0	34	2	1	407	23	42	23	2	1
Magdalena	104	150	104	1	2	0	22	2	0	0	1	0	18	1	0	283	24	13	4	0	0
Meta	123	150	123	6	2	0	56	6	3	13	1	0	126	5	5	399	45	25	36	6	1
Nariño	138	164	138	7	3	0	121	13	14	3	1	1	72	5	3	761	55	71	21	1	1
Norte de Santander	137	183	137	5	3	0	145	16	9	1	0	0	104	3	4	1271	76	71	66	5	3
Putumayo	26	49	26	3	1	0	41	3	3	1	1	0	24	1	2	157	13	28	19	6	0
Quindío	46	48	46	0	1	0	39	3	1	1	1	0	23	1	2	272	29	14	52	8	5
Risaralda	85	86	85	2	2	0	43	5	3	1	1	0	81	3	2	389	35	22	21	2	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	7	11	7	0	0	0	5	0	0	0	1	0	3	0	0	75	2	4	1	0	0
Santa Marta D.T.	81	77	81	2	2	0	18	1	0	0	1	0	17	8	1	202	13	9	9	0	0
Santander	149	184	149	4	4	0	64	8	1	1	0	0	181	8	4	957	66	62	95	7	2
Sucre	119	148	119	3	2	0	48	4	2	4	1	0	33	8	1	471	55	41	32	1	2
Tolima	89	129	89	5	2	0	45	7	4	8	1	0	27	3	1	620	64	69	49	5	3
Valle del Cauca	140	170	140	3	4	0	129	12	4	0	0	0	13	1	0	915	87	62	45	8	5
Vaupés	7	12	7	0	0	0	5	0	2	1	1	0	114	4	3	42	0	10	3	0	0
Vichada	38	32	38	0	0	0	2	0	0	4	1	0	32	0	2	75	2	0	1	0	0
Total nacional	5.032	6.129	5.032	115	97	0	4.054	389	275	1.166	54	28	4.087	207	176	23.421	1.980	1.783	3.492	340	214

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 43

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikungunña		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	54	41	0	0	72	81	13	10
Antioquia	1	1	0	1	1853	2195	1	1	4803	5096	912	543
Arauca	2	0	0	0	234	143	0	0	161	197	16	12
Atlántico	1	0	0	0	358	291	0	0	839	816	1	3
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	226	176	0	0	830	858	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	2708	2042	0	0	4826	5383	0	0
Bolívar	0	2	0	0	428	489	0	0	501	463	343	326
Boyacá	2	0	0	0	435	467	0	0	956	813	157	85
Buenaventura D.E.	0	1	0	0	131	113	0	0	87	94	17	28
Caldas	0	0	0	0	164	167	0	0	1036	1072	174	82
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	419	415	0	1	1542	1700	1	0
Caquetá	0	0	0	0	160	112	0	0	218	183	217	143
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	309	475	0	0	495	547	2	1
Casanare	7	1	0	0	270	174	0	0	264	259	7	6
Cauca	0	0	0	0	277	304	0	0	751	788	46	20
Cesar	3	0	0	0	669	858	0	0	513	541	186	277
Chocó	0	0	0	0	710	808	0	0	106	160	208	147
Córdoba	1	2	0	0	493	529	0	0	943	1008	173	104
Cundinamarca	1	0	0	0	1098	992	0	1	2090	2511	169	93
Guainía	0	0	0	0	47	28	0	0	27	26	15	13
Guaviare	0	0	0	0	82	52	0	0	57	54	263	160
Huila	0	0	0	0	387	338	0	0	731	740	8	12
La Guajira	0	0	0	0	1776	1447	0	0	269	338	23	27
Magdalena	0	0	0	0	555	541	0	0	326	359	6	10
Meta	1	0	0	0	370	404	0	0	642	593	173	110
Nariño	0	0	0	0	583	632	0	0	1304	1300	187	104
Norte de Santander	1	1	1	0	616	499	0	0	994	1110	189	126
Putumayo	0	1	0	0	172	149	0	0	274	231	204	52
Quindío	0	0	0	0	85	75	0	0	453	445	1	0
Risaralda	0	0	0	0	356	513	0	0	1095	1026	108	89
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	8	18	0	0	23	30	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	106	132	0	0	272	290	11	14
Santander	4	1	0	0	420	428	0	0	1451	1569	555	737
Sucre	1	0	0	0	240	364	0	0	446	436	89	73
Tolima	2	0	0	0	321	319	0	0	1040	1017	206	85
Valle del Cauca	0	0	0	0	440	481	0	0	1190	1264	14	9
Vaupés	0	0	0	0	52	26	0	0	71	79	33	11
Vichada	0	0	0	0	246	194	0	0	24	36	28	31
Total nacional	30	10	1	1	17.857	17.431	1	3	31.722	33.513	4.556	3.543

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 43

Decremento
Incremento

	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/Rubeola		Sífilis congénita	
Tipo de casos incluidos para el análisis	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		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	1	0	3	1	1	0	1	7	3	3
Antioquia	15	14	6	5	26	28	11	8	115	467	131	110
Arauca	1	0	0	1	3	2	1	0	5	1	28	13
Atlántico	6	1	1	0	9	3	6	0	27	31	40	21
Barranquilla D.E.	5	0	1	2	5	8	2	1	21	21	42	17
Bogotá D.C.	17	14	1	1	30	27	0	1	131	971	92	77
Bolívar	6	1	2	1	10	11	7	3	21	5	41	22
Boyacá	4	2	1	0	4	3	1	1	21	18	18	8
Buenaventura D.E.	2	2	0	3	4	3	2	2	6	3	19	16
Caldas	1	0	0	0	1	0	0	0	17	12	16	11
Santiago de Cali D.E.	5	1	1	0	7	1	1	1	38	41	24	28
Caquetá	2	3	0	0	6	2	3	0	7	6	7	4
Cartagena de Indias D.T.	5	4	1	0	8	7	2	0	17	34	63	27
Casanare	2	3	1	0	2	2	1	0	8	10	33	14
Cauca	6	6	4	2	9	3	1	2	27	3	19	8
Cesar	10	4	5	3	8	11	10	11	25	28	33	19
Chocó	10	9	20	13	28	35	37	22	10	12	43	30
Córdoba	8	2	1	1	12	15	7	1	33	30	25	14
Cundinamarca	8	8	0	0	9	7	0	0	60	141	58	31
Guainía	1	0	1	0	3	1	1	1	2	1	6	4
Guaviare	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4	2
Huila	4	3	0	1	4	5	3	0	20	46	15	13
La Guajira	17	11	21	15	35	30	37	27	18	2	54	28
Magdalena	6	6	1	4	9	8	12	3	16	5	27	7
Meta	5	1	1	1	5	10	6	2	19	29	41	44
Nariño	9	4	2	2	8	7	3	0	28	37	14	14
Norte de Santander	6	0	2	0	4	4	4	0	28	63	73	28
Putumayo	2	1	1	2	2	0	1	1	7	9	5	9
Quindío	1	3	0	0	2	1	0	0	9	12	9	11
Risaralda	3	3	7	2	6	15	7	1	17	12	23	9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	1	0
Santa Marta D.T.	3	2	2	1	3	2	0	1	10	19	16	11
Santander	4	0	1	1	6	2	1	0	40	38	55	20
Sucre	3	3	0	1	5	2	2	0	17	22	13	11
Tolima	5	5	2	2	8	6	1	1	23	37	25	21
Valle del Cauca	2	1	2	2	9	4	3	1	35	58	32	21
Vaupés	0	0	2	2	3	0	2	0	2	1	1	3
Vichada	3	1	2	3	4	2	8	8	3	0	9	6
Total nacional	185	118	99	71	322	268	185	99	883	2.236	1.174	735

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 43

Decremento
Incremento

	Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos 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
Amazonas	17	18	0	0	54	58	2	2	570	477
Antioquia	1040	1211	2	2	3228	4075	107	107	19850	17978
Arauca	149	129	0	0	121	117	2	1	1079	1185
Atlántico	305	283	1	0	417	557	18	26	2172	2088
Barranquilla D.E.	331	292	1	2	729	863	22	41	2271	2590
Bogotá D.C.	763	853	0	0	1130	1249	34	31	27769	26946
Bolívar	260	250	2	3	168	188	4	3	2092	2038
Boyacá	86	83	0	1	153	199	2	2	3753	3744
Buenaventura D.E.	122	108	0	0	147	179	6	8	307	265
Caldas	120	137	0	0	290	312	4	4	2705	2944
Santiago de Cali D.E.	411	523	0	0	1292	1322	42	45	6570	5297
Caquetá	75	74	0	0	225	246	6	10	972	837
Cartagena de Indias D.T.	310	338	1	0	373	470	5	8	1315	1621
Casanare	119	142	0	0	134	164	5	4	794	937
Cauca	157	185	0	2	259	268	3	1	2977	2973
Cesar	271	254	1	0	381	419	4	11	1767	1857
Chocó	211	177	0	0	201	220	2	2	390	489
Córdoba	256	235	3	2	243	287	6	3	2974	3087
Cundinamarca	332	396	1	0	464	572	14	15	12328	13160
Guainía	16	11	0	0	21	18	0	0	189	158
Guaviare	22	14	0	0	35	51	1	0	275	373
Huila	132	154	0	1	374	439	8	6	5333	5697
La Guajira	330	264	0	1	479	668	7	12	1209	1256
Magdalena	208	211	2	0	160	184	3	5	1209	1262
Meta	220	247	0	0	592	620	20	24	2241	2381
Nariño	191	205	1	1	159	250	6	6	3981	4389
Norte de Santander	418	374	0	0	644	786	13	15	3429	3626
Putumayo	78	74	0	1	95	111	4	3	1240	1485
Quindío	82	87	0	0	246	269	4	11	2304	2123
Risaralda	157	162	0	2	545	603	21	10	3186	3001
Archipiélago de San Andrés y Providencia	7	6	0	0	9	17	0	1	202	209
Santa Marta D.T.	110	200	0	0	235	300	3	3	591	543
Santander	374	395	0	0	956	1223	25	17	5592	6050
Sucre	171	137	1	2	89	88	1	2	1541	1521
Tolima	143	153	1	1	520	664	14	16	2820	3130
Valle del Cauca	285	355	0	0	631	889	17	23	6326	6174
Vaupés	4	6	0	0	17	21	0	0	264	410
Vichada	32	33	0	0	32	23	1	0	226	223
Total nacional	8.314	8.776	15	21	15.851	18.321	433	478	134.813	134.524

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

Salud

Instituto Nacional de Salud

Semana epidemiológica 43

25 al 31 de octubre de 2026

TEMA CENTRAL
Vigilancia en salud pública de la población escolarizada, Colombia, 2015-2025

Directora General INS
Dra. Zulma Milena Cucunubá Pérez

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

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

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

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

Consulte el historial de publicaciones del BES

Conozca más en www.ins.gov.co

BES
Boletín Epidemiológico Semanal

Boletín Epidemiológico Semanal

Autora: tema central: Lady Alexandra Castillo Vargas. **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, María Fernanda Fandiño Rodríguez. **Brotes y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Claudia Marcela Montaño Fuertes, Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Diana Lucero Rivera, Mónica Carolina Carreño Niño, María Alejandra Cabrera Polania, Andrés Felipe Martínez Vega, Alejandra Margarita Muñoz Suárez, Lady Alexandra Castillo Vargas. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Luis Carlos Gómez Ortega. **Corrector de estilo:** María Fernanda Campos Maya. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza Criollo.

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

53 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: *https://doi.org/10.33610/23576189.2026.43*