Salud

Instituto Nacional de Salud



Fuente: Imagen generada por Chatgpt AI 2026

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Año 21

Consumo de antibióticos

Cada dosis cuenta: los datos de consumo son alertas tempranas de la resistencia.

Semana epidemiológica 44

1 al 7 de noviembre de 2026

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

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

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

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

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

109 AÑOS INS

Construyendo salud pública con y desde los territorios

Pág.

Tema central 3
Vigilancia del consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, unidad de cuidados intensivos adultos, Colombia, 2021-2026

Situación nacional 10

Mortalidad 12

Eventos trazadores 20

Brotes y alertas 39

Tablas de mando por departamento 43

TEMA CENTRAL

Vigilancia del consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, unidad de cuidados intensivos adultos, Colombia, 2021-2026

Viviana Carolina Moreno Vargas, vmoreno@ins.gov.co
Equipo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
Grupo de Enfermedades Transmisibles, Prevenibles por Vacunación y Asociadas a la Atención en Salud.

Salud

Instituto Nacional de Salud

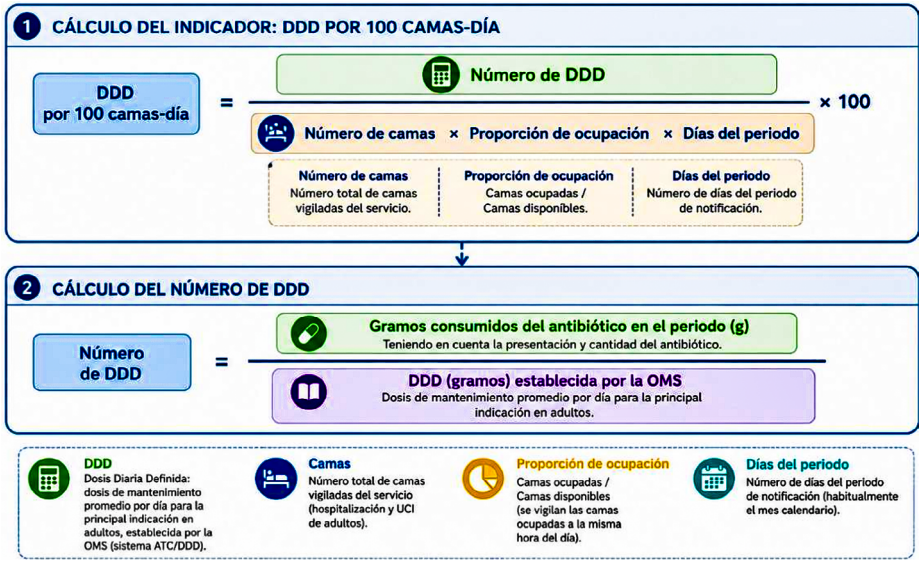
La vigilancia del consumo de antibióticos (CAB) hace parte de la respuesta a requerimientos a nivel mundial como resultado de la crisis de resistencia a antimicrobianos (RAM) que se presenta en diferentes partes del mundo. Colombia cuenta con la Circular 0045 de 21 de agosto de 2012, que establece la necesidad de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud y la resistencia a antimicrobianos con el desarrollo de un protocolo y un piloto con seis antibióticos trazadores (1). En el 2015, se elaboró el Plan Mundial de la RAM, en el que se prioriza el seguimiento del uso y consumo de antibióticos (2) . En el 2017, se creó la clasificación de AWaRe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por grupos según características y riesgo: Acceso (primera línea, 60,0 % del consumo), Precaución (amplio espectro, mayor potencial de resistencia) y Reserva (rescate terapéutico) (3).

En el 2022, se emitió la Resolución 2471 de 2022, "por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos para los Programas de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud-IAAS y de Optimización del Uso de Antimicrobianos — PROA y se dictan disposiciones para su implementación". Esta define la conformación de los equipos PROA, que garanticen el registro, seguimiento e intervención del comportamiento de consumo de antibióticos en cada territorio(4). La conformación del equipo debe estar liderada por infectología, y conformada por diferentes disciplinas como Medicina, Enfermería, Microbiológica, Química Farmacéutica, profesional clínico, administrativo, Epidemiología y los demás perfiles que sean requeridos. En 2025, se emitió la Ley 2506, "por medio de la cual se fomenta la investigación científica y tecnológica para combatir microorganismos multirresistentes y prevenir la resistencia antimicrobiana y se dictan otras disposiciones", en la cual se declara de Interés Público Nacional la prevención y el control de la resistencia a los antimicrobianos, bajo la estrategia de salud pública (5).

La vigilancia del consumo de antibióticos hace parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), es una vigilancia pasiva, retrospectiva, mensual, realizada en el ámbito hospitalario en los servicios de unidad de cuidados intensivos de adultos (UCI) y en hospitalización de adultos. Se vigilan once antibióticos en UCI y dieciséis en hospitalización. La notificación la realizan las instituciones de salud del país en el aplicativo Sivigila 4.0, con el código 354. El seguimiento de la notificación y del consumo se realiza mediante dos indicadores: porcentaje de cumplimiento de la notificación y dosis diarias definidas (DDD) por 100 camas-día.

Para el registro de las DDD es fundamental la recolección de las variables de forma oportuna y con calidad, de acuerdo con las variables definidas en el protocolo del evento: Gramos consumidos durante el periodo de tiempo vigilado, Número de camas disponibles en el servicio vigilado de la institución de salud (esquema 1).

Esquema 1. Variables y fórmula del indicador dosis diarias definidas por 100 camas-día, por servicio vigilado, vigilancia del consumo de antibióticos



Fuente: Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Consumo de Antibióticos en el ámbito hospitalario. Versión 7. [Internet] 2024. https://doi.org/10.33610/JIFR7658.

En el modelo de la vigilancia integrada de IAAS se relacionan los datos de la vigilancia de CAB con la información de la vigilancia de RAM, obtenida por microbiología, identificando mecanismos de resistencia y clonalidad, asociado con el aumento de antibióticos dentro de los servicios vigilados en las instituciones de salud.

A continuación, se presentan datos del servicio de UCI adultos priorizado por características específicas que requieren observación ampliada: presión selectiva (prescripción de pacientes en estado crítico), vulnerabilidad clínica y dispositivos invasivos, patógenos de prioridad alta. Esta prioridad se traduce en acciones directas de intervención en el PROA que impactarán directamente en la sobrevida de los pacientes.

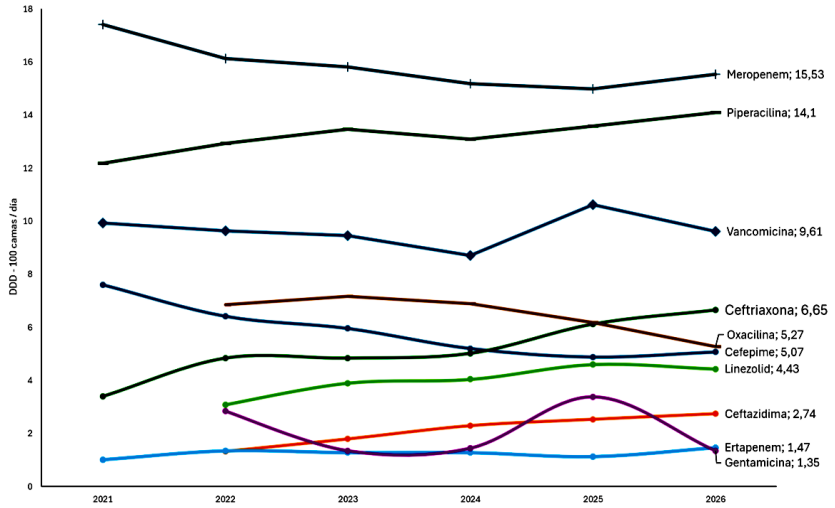
Los datos se obtuvieron de Sivigila, evento 354, de 2021 a septiembre de 2026. Antes de su análisis se realizó un proceso de depuración a través de algoritmos, en el cual se excluyen los registros descartados o con error. Se realizó el análisis de los once antibióticos vigilados en UCI.

Para el análisis se usó el método de Tukey por antibiótico, por año y por entidad territorial, reportando el porcentaje de los datos atípicos excluidos. Los datos obtenidos para análisis permitieron calcular las DDD por 100 camas-día, se promedian las DDD mensuales por antibiótico y se suman para obtener las DDD territoriales, anuales y por antibiótico. Para establecer los niveles de riesgo se utilizó el método de mediana móvil (límite inferior y superior). Para el procesamiento y la visualización de datos se usaron el software R y R studio (6) de acceso libre y el software de análisis de tendencias *Joinpoint* (7).

El cumplimiento de la notificación del evento en UCI adultos se encuentra por encima del 90,0 % en el 85,0 % de las entidades territoriales. Teniendo en cuenta que solo seis entidades se encuentran por debajo del 90,0 %: Norte de Santander (86,7 %), Caldas (86,3 %), La Guajira (81,1 %), Tolima (80,0 %), Magdalena (75,0 %) y Sucre (65,1 %).

En la tendencia anual de DDD por 100 camas-día por antibióticos en UCI adultos en el país, en el periodo analizado, comprendido entre 2021 y 2026 con corte a septiembre se evidencia el predominio del consumo de meropenem (15,53), piperacilina-tazobactam (14,1), vancomicina (9,61). Estos antibióticos presentan un comportamiento constante sin variación estadísticamente significativa en los años estudiados (figura 1).

Figura 1. Tendencias de DDD a nivel nacional por antibiótico, Colombia, 2021-2026

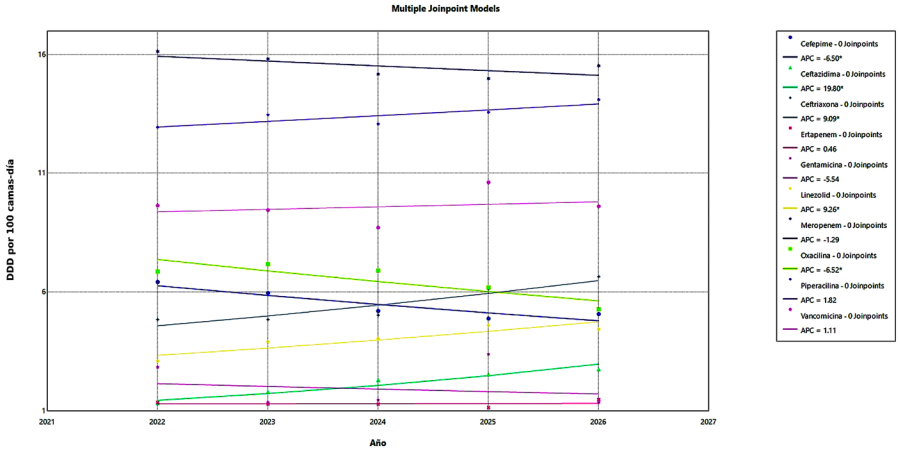


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 354 2021-2026p

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

En el caso de meropenem, aunque se observa una disminución gradual, no es estadísticamente significativa. Mientras que, antibióticos como la ceftriaxona, que presenta un aumento gradual desde el 2021, pasando de 3,4 a 6,65, con un aumento constante de 9,09 % por año y la ceftazidima-avibactam, que hace parte de los medicamentos clasificados como Reserva (3), con un aumento constante y una tendencia en aumento de 19,8 % anual, siendo este el antibiótico con mayor aumento gradual en Colombia, si presentan significancia estadística. El linezolid que, aunque tiene las cifras más bajas de DDD también presenta un aumento constante en el tiempo llegando a 4,43 DDD con una variación por año de 9,26 %. La oxacilina y el cefepime presentan una tendencia significativa a la disminución con una variación de 6,5 % por año (figura 2).

Figura 2. Análisis de tendencias Joinpoint de DDD por 100 camas-día por antibióticos en UCI adultos, 2021-2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 354 2021-2026p

p:datos preliminares

En la observación de la tendencia de la sumatoria de DDD por entidades territoriales y a nivel nacional en el periodo analizado se evidencia una tendencia de aumento, con un consumo de antibióticos en incremento significativo (61,6 al 2026) en relación con el 2021.

Se observa queel 11,76 % de las entidades territoriales con nivel alto de DDD en 2026: Arauca (125,76), La Guajira (98,08), Norte de Santander (82,3) y Atlántico (79,48). Se evidencian 22 entidades territoriales (64,0 %) en nivel medio y 8 (23 %) en nivel bajo (tabla 1).

Tabla 1. Tendencias de las sumatorias de los promedios por DDD de antibióticos a nivel nacional por entidad territorial en UCI adultos, 2021 a 2026p

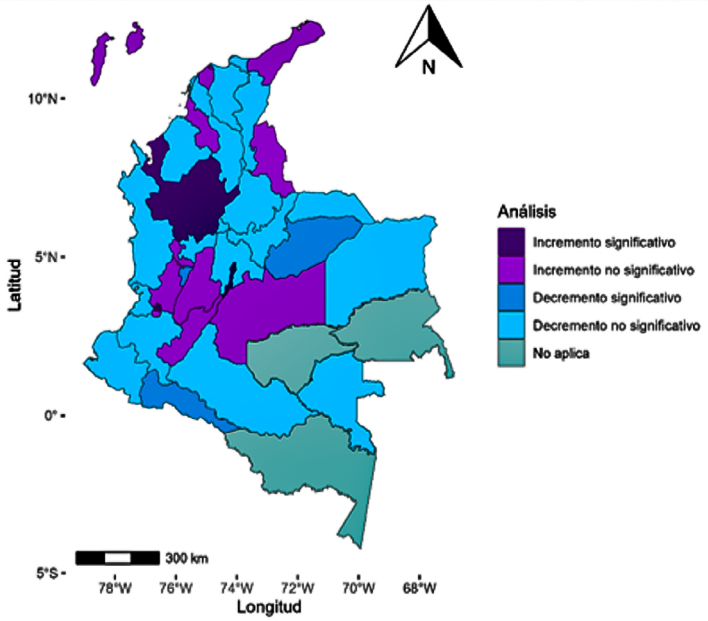
Entidad territorial	2021	2022	2023	2024	2025	2026p	Tendencia
***Colombia**	**51,55**	**65,43**	**69,47**	**63,39**	**68,02**	**61,60**	
ARAUCA	97,83	156,40	70,50	72,50	103,82	125,76	
LA GUAJIRA	67,20	85,90	88,77	74,11	112,63	98,08	
NORTE DE SANTANDER	76,10	96,48	101,45	95,01	132,16	82,30	
ATLÁNTICO	64,06	90,31	79,73	87,19	73,87	79,48	
SANTIAGO DE CALI	59,86	62,69	69,08	63,66	69,25	70,71	
CAUCA	68,53	93,18	93,61	72,17	68,98	69,26	
BARRANQUILLA	65,13	76,99	77,08	67,01	76,81	69,23	
NARIÑO	68,54	91,41	108,93	71,52	72,24	69,18	
CUNDINAMARCA	58,40	88,40	112,32	75,60	69,15	68,82	
VALLE DEL CAUCA	18,09	49,04	74,22	40,40	79,01	67,31	
BOGOTÁ, D.C.	50,86	61,16	62,98	66,72	68,83	66,37	
TOLIMA	62,73	68,15	67,15	63,67	78,74	63,61	
SUCRE	59,87	69,58	68,81	100,38	75,40	62,10	
ANTIOQUIA	40,87	54,80	60,34	61,80	66,13	61,76	
HUILA	51,37	66,94	96,19	57,91	78,63	60,31	
SANTA MARTA	53,15	87,17	63,70	63,74	70,23	60,21	
CAQUETÁ	67,24	92,92	70,71	92,53	78,05	59,66	
RISARALDA	42,48	65,91	49,62	53,39	55,59	59,28	
CASANARE	93,31	79,15	71,03	63,29	57,87	59,07	
VICHADA			155,64	45,38	98,61	58,13	
CESAR	101,18	68,72	68,24	53,75	64,57	57,58	
BOLÍVAR	41,62	86,40	153,46	50,97	55,85	57,45	
CÓRDOBA	61,92	70,47	69,19	57,15	59,23	55,40	
BOYACÁ	48,79	69,97	67,98	56,59	51,35	52,29	
META	44,64	54,56	70,67	71,39	53,20	51,34	
SANTANDER	69,60	78,48	53,68	55,84	53,78	50,62	
CALDAS	54,78	54,99	48,22	54,83	50,86	46,20	
CARTAGENA DE INDIAS	50,95	63,97	117,36	54,04	53,35	45,20	
BUENAVENTURA			48,26	54,00	64,44	44,18	
CHOCÓ	58,24	252,96	228,39	54,00	45,52	43,42	
MAGDALENA	63,21	62,15	64,44	91,83	52,12	41,49	
QUINDÍO	72,34	79,77	61,21	58,45	51,33	39,06	
PUTUMAYO	55,37	55,20	30,82	33,58	15,43	27,00	
SAN ANDRÉS	28,83	70,74	43,14	55,32	88,85	18,34	
VAUPÉS		213,95	104,67	48,90	60,51		

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 354 2021-2026p
p: datos preliminares

En 2026, Llas entidades territoriales de Antioquia (62,41) y Bogotá, D.C. (79,38) presentan aumentos significativos en el transcurso del tiempo con la sumatoria de DDD por 100 camas-d días, en 2026, 62,41 y 79,38 respectivamente con un crecimiento significativo en la tendencia, sin embargo, sus DDD se encuentran en nivel medio; Casanare y Putumayo presentan un decremento significativo con respecto a la tendencia en el periodo seguidoestudiado, sin embargo, se encuentran en nivel medio y bajo respectivamente (mapa 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.

Mapa 1. Tendencia de las sumatorias de DDD en UCI adultos por entidad territorial, Colombia, 2021-2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 354 2021-2026p
p: datos preliminares

Al observar los valores de las sumatorias de DDD y la carga por antibiótico en el 2026 se observa que, las entidades territoriales con mayor DDD, presentan cargas de DDD elevadas de piperacilina tazobactam, meropenem, ceftriaxona y vancomicina, y que además muestran los niveles más altos de consumo de estos antibióticos de la carga nacional.

Arauca muestra la mayor cifra de DDD 100 camas-día de meropenem (35,6), seguido de Norte de Santander (28,97) y La Guajira (24,49). La Guajira presenta el mayor consumo de DDD de 22,15, seguido de Arauca con el 19,25, y Atlántico con 18,26, Cundinamarca con 16,57 y Antioquia con 15,91; as últimas dos entidades territoriales tienen el mayor número de Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) que notifican este evento. El consumo de ceftriaxona lo lidera Cauca (21,85), seguido de Arauca (17,81) y La Guajira (13,82). El consumo de vancomicina también lo lidera Cauca (17,90), seguido de Arauca (17,39) y Sucre (14,12). Estos antibióticos hacen parte del grupo de Precaución en la clasificación AWare, por presentan mayor potencial de resistencia, o perfil de toxicidad.

En el grupo de antibióticos de reserva, según la clasificación AWare, observa una tendencia significativa al aumento en el periodo estudiado, según el análisis Jointpoint para : Linezolid (APC = 9,09) y Ceftazidima Avibactam (APC = 19,8).

Al observar las DDD por 100 días-cama de linezolid por entidad territorial se observa que Vichada (15,50), Arauca (13,18) y La Guajira (11,55) presentan cifras superiores valor nacional de 4,45. En ceftazidima-avibactam se observa un consumo elevado de 4,87 en Nariño, seguido de Bogotá, D.C. con 4,21 y Arauca con 3,30 DDD 100 camas-día (tabla 2).

Tabla 2. DDD por antibióticos y entidad territorial, UCI adultos, Colombia, 2026p

Entidad territorial	N.° UPGD	2026p										Suma DDD
		Oxacilina	Gentamicina	Piperacilina	Ertapenem	Meropenem	Ceftriaxona	Cefepime	Vancomicina	Linezolid	Ceftazidima	
*Colombia	4.759	5,86	1,31	12,83	1,03	14,92	5,51	4,63	8,42	4,45	2,64	61,60
ANTIOQUIA	458	8,76	0,72	15,91	0,74	11,60	4,88	4,66	7,05	5,42	2,02	61,76
ARAUCA	33	6,49	1,08	19,25	2,11	35,50	17,81	9,65	17,39	13,18	3,30	125,76
ATLÁNTICO	137	13,02	1,25	18,26	1,25	14,06	9,20	3,36	12,34	4,18	2,56	79,48
BARRANQUILLA	139	4,66	10,78	11,42	0,98	16,44	5,04	4,10	11,70	2,78	1,33	69,23
BOGOTÁ, D.C.	598	6,23	1,76	14,00	0,89	15,31	5,23	5,13	7,92	5,69	4,21	66,37
BOLÍVAR	180	9,69	1,00	11,89	2,23	14,99	3,93	3,57	6,82	2,33	1,00	57,45
BOYACÁ	201	7,66	3,75	10,71	0,87	6,94	4,95	6,14	4,91	3,99	2,37	52,29
BUENAVENTURA	14	0,89	1,83	4,95	2,92	14,49	7,04	1,52	5,35	5,39		44,18
CALDAS	114	6,19	0,72	15,21	0,47	7,55	3,53	3,42	4,82	2,15	2,14	46,20
SANTIAGO DE CALI	144	8,58	0,27	11,13	0,79	20,86	4,87	3,30	12,19	5,02	3,70	70,71
CAQUETÁ	48	1,86	0,63	11,85	1,47	18,67	6,84	4,48	10,09	1,75	2,02	59,66
CARTAGENA DE INDIAS	180	7,85	0,53	9,93	1,30	7,88	3,52	3,29	6,18	3,15	1,57	45,20
CASANARE	60	10,48	1,80	6,82	1,35	12,16	5,92	4,58	8,81	6,01	1,14	59,07
CAUCA	136	1,70	0,49	5,01	1,74	13,34	21,85	2,99	17,90	2,12	2,12	69,26
CESAR	83	5,38	0,56	14,64	1,01	9,06	7,23	7,55	6,68	2,57	2,90	57,58
CHOCÓ	67	11,79	0,91	10,05		4,91	7,62	4,23	3,91			43,42
CÓRDOBA	201	3,08	0,50	13,46	1,08	17,22	4,87	3,70	7,06	2,97	1,46	55,40
CUNDINAMARCA	305	7,77	1,15	16,57	1,21	13,55	5,34	5,96	9,61	5,30	2,36	68,82
LA GUAJIRA	138	1,62	2,28	22,15	2,24	24,49	13,82	4,57	12,11	11,55	3,25	98,08
HUILA	83	5,12	1,08	13,71	0,90	10,23	7,76	3,95	9,23	5,62	2,71	60,31
MAGDALENA	103	1,71	15,58	7,15	1,99	6,68	2,19	1,84	1,50	2,85		41,49
META	123	4,45	1,08	9,55	1,35	13,46	2,82	6,27	5,62	5,56	1,18	51,34
NARIÑO	141	5,32	1,13	13,76	0,76	17,87	8,02	5,17	7,88	4,40	4,87	69,18
NORTE DE SANTANDER	188	5,39	0,54	11,86	0,77	28,97	7,20	11,56	5,68	7,19	3,14	82,30
PUTUMAYO	31	0,80	8,55	5,27	0,14	3,00	2,81	0,31	1,15	4,93	0,04	27,00
QUINDÍO	57	2,09	3,77	5,78	0,71	11,72	2,54	5,22	3,96	2,52	0,75	39,08
RISARALDA	45	9,00	1,96	9,76	2,15	14,52	7,36	3,72	5,12	4,55	1,14	59,28
SAN ANDRÉS	8			1,30		6,48	3,38	0,23	4,83	2,12		18,34
SANTA MARTA	55	3,50	2,71	13,44	1,42	13,32	5,29	6,08	6,86	5,54	2,05	60,21
SANTANDER	253	5,47	0,45	13,12	0,60	12,44	5,71	1,86	6,82	2,34	1,81	50,62
SUCRE	109	4,07	1,26	13,64	0,47	19,14	4,29	2,71	14,12	1,63	0,77	62,10
TOLIMA	121	5,03	0,96	12,87	0,73	18,00	4,06	4,65	9,30	4,49	3,52	63,61
VALLE DEL CAUCA	146	0,87	0,40	13,83	3,10	22,56	5,82	4,71	9,90	3,96	2,16	67,31
VICHADA	9			7,66		11,01	10,94	6,08	6,94	15,50		58,13

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 354 2021-2026p
p: datos preliminares, DDD: dosis diarias definidas

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.

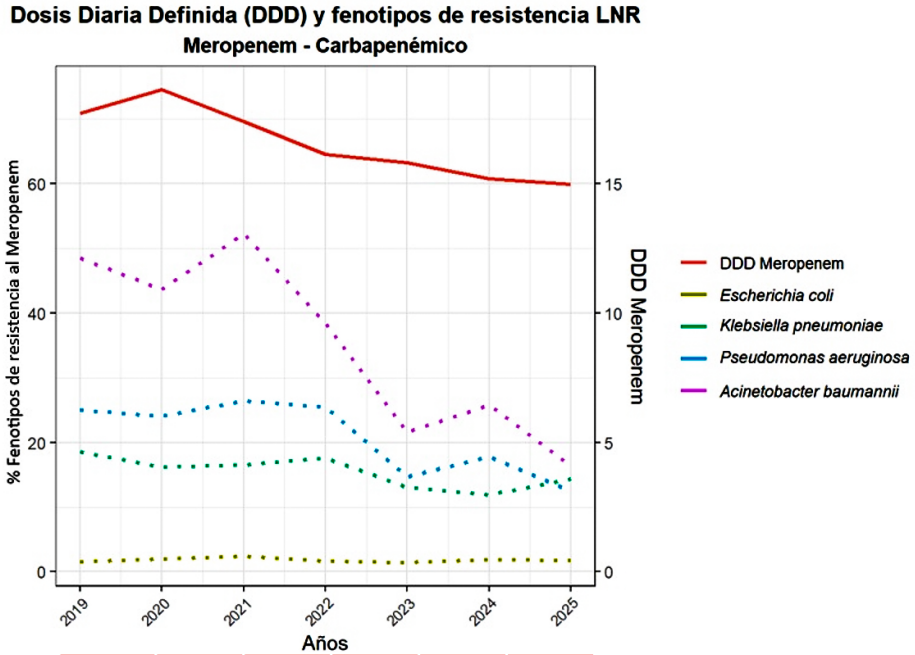
Tendencias de DDD de antibióticos y fenotipos de resistencia en UCI adultos en 2019 a 2025

Por otra parte, se analizó el mecanismo especifico de evaluación que induce presión selectiva. En este se identifican los fenotipos como manifestaciones clínicas y de laboratorio que reflejan la capacitad de sobrevivir de una bacteria que conlleva a la alteración genética. Algunas bacterias multirresistentes han demostrados estas mutaciones que permiten al agente sobrevivir a mecanismos de acción de los antibióticos. Este proceso de resistencia se determina a través de un antibiograma realizado en la institución de salud que determina en el manejo clínico la sensibilidad o resistencia de un microorganismo y ayuda a tomar decisiones específicas de tratamiento.

Para este proceso se realizó un análisis de tendencia de DDD por antibiótico en diferentes microorganismos.

En el seguimiento del meropenem, que históricamente ha desencadenado una curva constante, muestra un descenso significativo desde el 2019 de forma constante hasta el 2022. Al comparar estos puntos de disminución o cambio, se observa que *Klebsiella Pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* muestran un comportamiento en espejo en descenso con la curva de tendencia de DDD de Meropenem, estadísticamente significativa lo que puede describir una disminución de ambas variables (figura 3). Sin embargo, este análisis de tendencia no evidencia ninguna correlación. Se requiere métodos de análisis más completos que puedan identificar las variables específicas que identifiquen la asociación.

Figura 3. DDD y fenotipos de resistencia al Meropenem, UCI adultos, Colombia, 2019-2025



Antibiótico	Intercepto	Pendiente	Valor p	IC 95%	R^2
DDD Meropenem	18,94	-0,6	**0,002**	(-0,86 ; -0,33)	0,87
Microorganismo	**Intercepto**	**Pendiente**	**Valor p**	**IC 95%**	**R^2**
Escherichia coli	1,86	-0,01	0,883	(-0,19 ; 0,17)	0
Klebsiella pneumoniae	18,99	-0,88	**0,038**	(-1,69 ; -0,07)	0,61
Pseudomonas aeruginosa	29,71	-2,22	**0,02**	(-3,91 ; -0,52)	0,69
Acinetobacter baumanii	58,5	-5,81	**0,006**	(-9,12 ; -2,51)	0,8

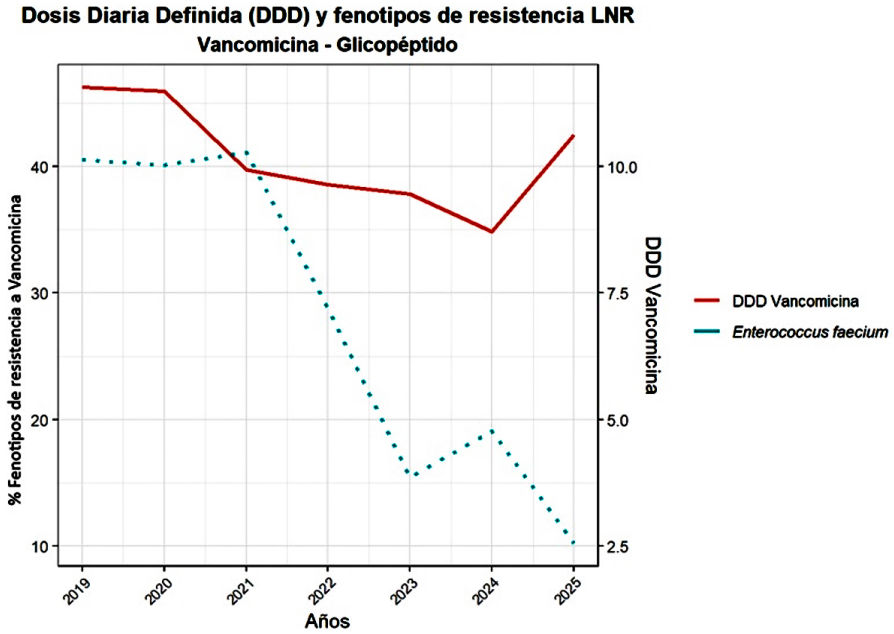
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Tablero PowerBI, vigilancia de laboratorio por Whonet,2019-2025, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, evento 354 2021-2026p
p: datos preliminares, DDD: dosis diarias definidas

En el análisis de tendencias de las DDD por 100 camas-día de vancomicina y los fenotipos de resistencia LNR a Vancomicina (Glicopéptido del *Enterococcus faecium*), se observa una tendencia a la disminución hacia el 2024 donde nuevamente aumenta que no son significativos, sin embargo, en la comparación de tendencias se evidencia un punto de inflexión en el 2024 de ambas líneas que reflejan un comportamiento de diferencia inversamente proporcional. Los cambios de disminución del comportamiento de *Enterococcus* si son significativos. En la interpretación se requiere tener especial atención a que el uso de vancomicina

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.

continua en aumento en el consumo hacia el 2025, contrario a la disminución de los fenotipos de dicha bacteria al antimicrobiano. Esto puede estar relacionado con la formulación empírica sin la estrategia de desescalonamiento ni tratamiento dirigido mediante diagnóstico de agente a través de un antibiograma (figura 4.)

Figura 4. Tendencias de DDD de Vancomicina y Fenotipos de Resistencia en UCI adultos, Colombia 2019-2025



Antibiótico	Intercepto	Pendiente	Valor p	IC 95%	R^2
DDD Vancomicina	11,47	-0,32	0,122	(-0,75 ; 0,12)	0,41
Microorganismo	**Intercepto**	**Pendiente**	**Valor p**	**IC 95%**	**R^2**
Enterococcus faecium	50,54	-5,66	**0,002**	(-8,15 ; -3,18)	0,87

Fuente: Tablero powerbi, Vigilancia de laboratorio por Whonet Colombia, INS, 2019-2025

De igual forma, no se permite interpretar correlación entre los comportamientos de las tendencias, ya que se requieren identificar otras variables que puedan intervenir en los resultados. Aunque se pueden establecer alertas para la toma de decisiones y estrategias para el control.

Finalmente, y posterior a la Ley 2506 de 2025 que establece la Resistencia a Antimicrobianos como de interés internacional y se define el compromiso de los diferentes sectores nacionales y territoriales. Esta ley establece la necesidad imperativa de un análisis de consumo y uso de antibióticos en el sectores de sanidad animal, ambiental y Salud que permita la consolidación de información y el procesamiento y análisis de uso y consumo de antibióticos de forma intersectorial en el enfoque de Una sola salud. En el interés internacional se creó el Protocolo Triciclo de la OMS (2024-2026) en el que se caracterizaron perfiles de susceptibilidad antimicrobiana y mecanismos de resistencia. Esto deja enseñanzas, capacidades y retos que plantean la necesidad de continuar con el fortalecimiento de la vigilancia integrada de la RAM (6). La invitación es unirse a la Semana Mundial de Concientización sobre la RAM 2026 que busca **crear conciencia, reforzar la comprensión y promover acciones** para frenar la resistencia a los antimicrobianos con el tema “Una sola salud, Una sola Acción”

Conclusiones

Se identifica cumplimiento del 90,0 % en la mayoría de las entidades territoriales de forma continua los últimos años, con solo tres entidades territoriales que reportan por debajo de este límite.

A nivel nacional se evidencia un aumento gradual y continuo de consumo de antibiótico, principalmente: meropenem, piperacilina-tazobactam, vancomicina y ceftriaxona. Se reporta el aumento significativo de ceftriaxona, linezolid y ceftazidima-avibactam, el última con una variación de 19,8 % por año.

Entidades territoriales como Arauca, Norte de Santander y La Guajira, entidades fronterizas que presentan las DDD más elevadas genera una alerta y debe ser evaluado desde las entidades territoriales y desde los PROA institucionales.

Se observa un aumento continuo de los antibióticos de reserva que requiere revisión prioritaria e implementación de acciones de reducción y control de consumo.

Las entidades territoriales y municipios con DDD extremadamente elevadas deben revisar el registro y calidad del dato en busca de ajustar la información. En el análisis de tendencias de fenotipos y antibióticos, se busca la relación de comparación entre tendencias y la interpretación de estos puntos de inflexión, sin llegar a definir correlación.

Se evidencia una disminución sostenida y significativa en las tendencias de 2019 a 2025 de consumo de meropenen para *Klebsiella Pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii*. En la tendencia de vancomicina asociada a *Acinetobacter baumannii*, se identifica a pesar de no ser significativa para el

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.

antibiótico, se identifica un punto de inflexión en el 2024 que pueda establecer la similitud y posible relación inversamente proporcional.

Recomendaciones

Se recomienda a las entidades territoriales e instituciones del todo el país

- Fortalecer los programas de PROA en todos los niveles de atención y nivel institucional, local, y departamental. Es necesario la revisión de las intervenciones del PROA. Se requiere desincentivar su uso y evitar la sobreutilización de antibióticos.
- Fortalecer el desescalonamiento empírico a las 48 horas, terapias secuenciales, optimización desde farmacocinética y farmacodinámica del paciente y establecer guías locales basadas en la epidemiología interna.
- Establecer las alertas de consumo elevado de antibióticos de precaución y específicamente de reserva y las terapias combinadas por periodos prolongados.
- Fortalecer la vigilancia del CAB a través de capacitaciones y entrenamiento al personal, en el protocolo de vigilancia, las variables y el cálculo de las DDD.
- Priorizar la calidad y oportunidad del dato. La sistematización de la información permite generar alertas institucionales; caracterización microbiológica para conocer los microorganismos que no se desechan adecuada.
- Continuar con los procesos establecidos de la estrategia de vigilancia integrada en los tres sectores (animal, ambiental y humano).

Referencias

1. De. Circular 0045 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Bogotá; 2012. Available from: www.ins.gov.co

2. Organización Mundial de la Salud -OMS. Plan de acción mundial sobre la resistencia aresistencia a los antimicrobianos - 68.a Asamblea Mundial de la Salud. 2015.

3. Organización Mundial de la Salud -OMS. Guía Guía AWaRe (Acceso, Precaución y Reserva) de la OMS para el uso de antibióticos [Internet]. 2022. Available from: http://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules/

4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2471 de 2022: Lineamientos técnicos para los Programas de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y de Optimización del Uso de Antimicrobianos — PROA. 2022.

5. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley_2506_de_2025_Congreso_de_la_República. 2025.

6. Organización Mundial de la Salud -OMS. WHO Integrated Global Surveillance on ESBL-Producing E. Coli Using a One Health Approach : Implementation and Opportunities. World Health Organization; 2021.

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

SITUACIÓN NACIONAL

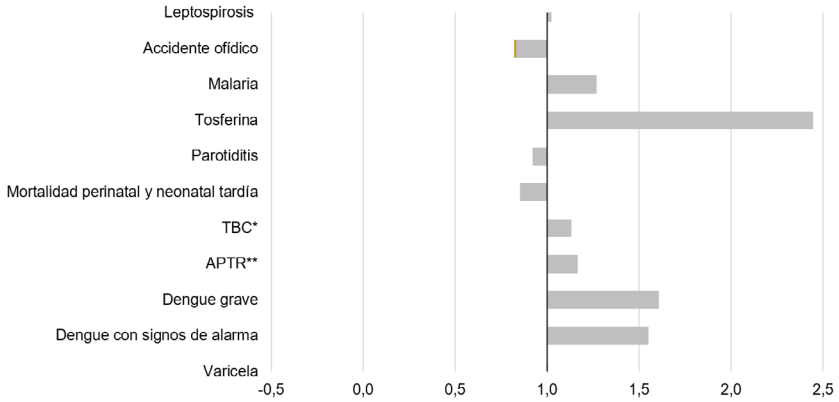
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Para la semana epidemiológica 44 de 2026, el evento accidente ofídico se encontró por debajo de lo esperado, mientras los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 5).

Figura 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 44 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 epidemiológica, 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 44 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	**Observado**	**Esperado**	**z**	**p**
Violencia de género e intrafamiliar	167.213	164.942	0,56	0,57

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 44 del 2026, el evento de mortalidad por dengue se encuentra por encima de lo esperado mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 44 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	7	2	0,01
Leishmaniasis cutánea	10	94	0,00
Zika	4	2	0,09
Lepra	5	6	0,16
Fiebre tifoidea y paratifoidea	3	2	0,20
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,20
Chikunguña	1	1	0,35

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

Para esta semana epidemiológica, la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la 44 de 2025. Para esta semana epidemiológica, el país cumplió con la meta para este nivel de información.

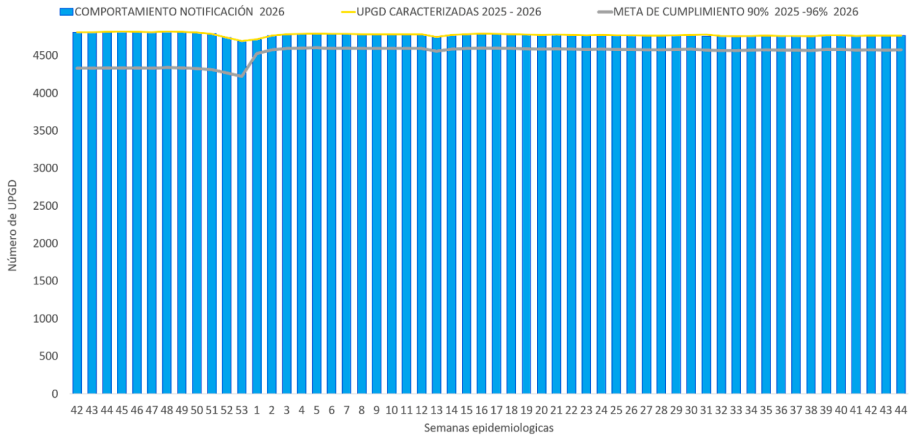
El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 123 de 1 123 UNM), manteniendo el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 44 de 2025. El país cumplió con la meta establecida para este nivel de información que es como mínimo del 98,0 %.

El cumplimiento de las UPGD) esta semana epidemiológica fue del 100,0 % (4 768/ 4 768); presentando un aumento del 0,06 % respecto a la semana anterior y presentando el mismo comportamiento del 100,0 % respecto a la semana epidemiológica 44 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

A continuación, se presenta el comportamiento de la notificación por semana epidemiológica para el año 2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 577 UPGD en la semana analizada (figura 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.

Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 44 de 2026



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

MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos y que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de 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 44 del 2026, se han notificado 554 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 540 casos notificados de residentes en Colombia, 342 fueron por IRA, 114 por desnutrición (DNT) aguda y 84 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 233 fueron confirmados, 95 descartados y 212 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 44 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 44 2026			Casos en estudio a SE 44 2026			Tasa a SE 44 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	**67**	**122**	**44**	**37**	**149**	**26**	**1,84**	**3,35**	**1,21**
Amazonas	0	0	0	1	1	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	6	11	2	1	14	3	1,43	2,63	0,48
Arauca	0	0	1	0	2	0	0,00	0,00	4,30
Atlántico	0	3	0	0	1	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	16	1	0,00	2,83	0,00
Bolívar	2	8	0	1	3	1	1,83	7,31	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	9	7	2	2	5	1	6,71	5,22	1,49
Chocó	18	14	9	7	20	2	27,82	21,64	13,91
Córdoba	1	11	0	0	4	1	0,59	6,50	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	19	9	8	10	23	7	17,03	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	2	0	0,00	2,61	0,00
Putumayo	1	0	1	0	0	1	2,99	0,00	2,99
Risaralda	0	4	3	1	10	0	0,00	6,79	5,09
Santa Marta	1	0	1	0	3	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	2	1	0	0	0	0,00	1,33	0,66
Sucre	0	2	1	0	0	0	0,00	2,30	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	2	3	3	1	29,43	0,00	11,77

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 44 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 44 del 2026 se han notificado 342 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 73 confirmadas por laboratorio, 49 confirmadas por clínica, 71 descartadas, y 149 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 3,35 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 44 fueron 260, para una tasa de mortalidad de 7,05 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 44 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Distrito de Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Chocó, La Guajira, Meta, Risaralda, Santander, Valle del Cauca y Vaupés y, a nivel municipal, en Valledupar, Montería, 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 44 de 2026 son *Rhinovirus*, enterovirus y *Bordetella pertussis*, entre otros (tabla 6).

Tabla 6. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 44, 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	14	4	3	2	2	25
Enterovirus	16	1	4	1	0	22	7	3	2	2	2	16
Bordetella pertussis	12	0	0	0	0	12	15	1	0	0	0	16
Adenovirus	7	0	2	1	1	11	4	3	1	3	1	12
Virus sincitial respiratorio	15	3	3	0	0	21	11	0	0	0	0	11
Staphylococcus aureus	8	1	2	0	0	11	8	1	1	1	0	11
Streptococcus pneumoniae	6	2	2	1	0	11	4	2	1	1	2	10
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
Pseudomona 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
SARS-CoV2	6	1	0	1	0	8	3	0	0	0	0	3
Parainfluenza tipo 3	1	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
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	118	22	24	7	1	172	80	18	12	11	11	132

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 44 de 2026 se han notificado 114 muertes probables en menores de cinco años reside ntes en Colombia por DNT aguda, 67 confirmadas, 10 descartadas y 37 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,84 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 44 fue de 150, para una tasa de mortalidad de 4,07 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 44 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,

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.

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 44 de 2026 se han notificado 84 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 40 confirmadas por clínica, cuatro (4) confirmadas por laboratorio, 14 descartadas y 26 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,21 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 44 fue de 69 para una tasa de mortalidad de 1,87 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 44 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de Chocó, La Guajira, Magdalena y Risaralda, y a nivel municipal, en Bagadó, Bojayá y Uribia. La información puede ser consultada en las **tablas de mando del BES**.

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

Para el cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAF ND 2025 y 2026 datos preliminares

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

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

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

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

15

En la semana epidemiológica 44 de 2026 se notificaron aL Sivigila ocho (8) casos: seis (6) muertes maternas tempranas, una (1) muerte materna tardía y una (1) muerte materna coincidente. El país acumula 130 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 124 residen en territorio colombiano y seis (6) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

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

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 44, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	201	129	70	400
2024	174	109	38	321
2025	157	127	48	332
2026p	124	102	45	271

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 44 de 2026 fue de 32,8 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 43,3 muertes por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2025. Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 29 entidades territoriales, con mayor número de casos en Antioquia, Bogotá, D.C, La Guajira, Chocó y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2022–2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, en entidades territoriales como en Atlántico, Barranquilla, 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), Tiquisio (Bolívar), Manizales (Caldas), 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 44 de 2026, el 59,7 % corresponde a causas directas y el 29,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 20,2 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 44 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 43	Acumulado de casos a SE 43		Razón de MM por 100 000 NV a SE 44	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	**188**	**157**	**124**	**43,3**	**32,8**
Chocó	10	6	9	116,1	190,5
Buenaventura	2	1	2	47,6	92,7
Quindío	1	1	3	31,7	91,8
Vichada	3	1	1	89,6	89,7
La Guajira	18	15	12	103,3	83,4
Magdalena	7	5	6	65,2	77,3
Casanare	2	4	3	102,9	77,3
Caquetá	2	1	3	25,5	76,9
Cauca	7	1	7	10,1	68,3
Tolima	5	4	5	42,8	50,4
Risaralda	3	3	3	51,3	47,0
Cesar	10	13	5	107,3	40,2
Sucre	3	1	3	13,1	40,0
Nariño	9	8	4	83,4	39,7
Cartagena de Indias	5	1	4	10,0	38,8
Santa Marta	3	2	2	39,8	37,5
Cundinamarca	9	7	8	31,4	34,4
Putumayo	2	1	1	35,1	33,3
Antioquia	15	13	14	30,2	30,9
Bolívar	6	5	3	50,9	29,5
Bogotá	17	15	14	31,9	28,3
Huila	4	3	3	28,2	27,2
Boyacá	4	3	2	36,8	23,5
Caldas	1	0	1	0,0	20,3
Córdoba	8	5	2	35,8	13,9
Meta	5	2	1	21,1	10,0
Atlántico	6	7	1	69,1	9,1
Valle del Cauca	2	2	1	17,9	8,5
Santiago de Cali	5	5	1	35,8	7,0
Arauca	1	0	0	0,0	0,0
Barranquilla	5	5	0	45,0	0,0
Guainía	1	3	0	468,0	0,0
Norte de Santander	6	9	0	72,6	0,0
Santander	4	5	0	32,3	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 – 2026 PE XI (datos preliminares). RUAF - ND, nacimientos PE XI 2025 - 2026 datos preliminares. 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 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 44 de 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 43	Valor observado SE 44
Colombia	188	124
Puerto Triunfo (Antioquia)	0	1*
Polonuevo (Atlántico)	0	1*
Tiquisio (Bolívar)	0	1*
Manizales (Caldas)	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 44 de 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 44	Número de casos y proporción a SE 44 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	**165**	**173**	**100**	**157**	**100**	**124**	**100**
DIRECTA	**105**	**112**	**64,7**	**97**	**61,8**	**74**	**59,7**
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	33	33	19,1	33	21,0	25	20,2
Hemorragia obstétrica	31	35	20,2	26	16,6	17	13,7
Evento tromboembólico como causa básica	10	10	5,8	10	6,4	9	7,3
Sepsis obstétrica	9	9	5,2	8	5,1	7	5,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	7	6	3,5	7	4,5	5	4,0
Embarazo ectópico	8	8	4,6	7	4,5	4	3,2
Complicaciones derivadas del tratamiento	1	1	0,6	0	0,0	2	1,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	1,7	3	1,9	2	1,6
Embolia de líquido amniótico	4	4	2,3	3	1,9	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	**57**	**57**	**32,9**	**57**	**36,3**	**36**	**29,0**
Otras causas indirectas	21	24	13,9	18	11,5	19	15,3
Otras causas indirectas: neumonía	12	6	3,5	17	10,8	9	7,3
Sepsis no obstétrica	10	9	5,2	10	6,4	4	3,2
Otras causas indirectas: cáncer	7	8	4,6	6	3,8	3	2,4
Otras causas indirectas: dengue	2	4	2,3	0	0,0	1	0,8
Otras causas indirectas: malaria	2	0	0,0	3	1,9	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	0,6	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**	**0,6**	**0**	**0,0**
En estudio	**3**	**3**	**1,7**	**2**	**1,3**	**14**	**11,3**

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 44 del 2026 se han notificado 5 194 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 5 147 corresponden a residentes en Colombia y 47 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,6 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Antioquia, Bogotá, D.C., Cundinamarca, La Guajira y Santiago de Cali. Las razones más altas se observaron en Vichada, Chocó, Guainía, Amazonas y Buenaventura. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación

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.

entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 44 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Putumayo y Guaviare (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), 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 27,5 %, neonatales tardías con 18,4 %, 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 26,0 %, seguido de prematuridad e inmaturidad con el 17,5 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 15,0 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 44 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 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 44 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 44	Acumulado de casos a SE 44			
		2025	2026	2025	2026
Colombia	**6 265**	**4 825**	**5 147**	**13,3**	**13,6**
Vichada	33	31	38	27,8	34,1
Chocó	153	96	127	18,6	26,9
Guainía	16	13	16	20,3	23,3
Amazonas	15	17	14	27,5	21,5
Buenaventura	66	66	44	31,4	20,4
Vaupés	12	12	8	26,9	18,9
La Guajira	338	220	245	15,1	17,0
Cauca	202	143	172	14,5	16,8
Santa Marta	78	55	86	11,0	16,1
San Andrés y Providencia	11	9	7	19,6	16,1
Bolívar	189	146	162	14,9	15,9
Sucre	150	93	119	12,2	15,9
Santiago de Cali	251	231	221	16,5	15,4
Arauca	51	31	42	12,8	15,2
Quindío	49	37	49	11,7	15,0
Córdoba	320	218	213	15,6	14,8
Antioquia	708	569	658	13,2	14,5
Cesar	220	171	180	14,1	14,5
Nariño	166	155	141	16,2	14,0
Barranquilla	229	151	167	13,6	13,9
Magdalena	153	116	106	15,1	13,7
Risaralda	88	66	86	11,3	13,5
Cartagena de Indias	201	140	138	14,1	13,4
Caldas	78	63	65	13,7	13,2
Cundinamarca	343	307	298	13,8	12,8
Meta	154	140	126	14,7	12,6
Bogotá, D.C.	671	563	625	12,0	12,6
Huila	148	111	133	10,4	12,1
Valle del Cauca	175	145	142	13,0	12,0
Casanare	62	52	45	13,4	11,6
Boyacá	115	95	94	11,7	11,0
Caquetá	54	45	43	11,5	11,0
Norte de Santander	187	130	141	10,5	10,7
Atlántico	196	116	114	11,4	10,4
Santander	189	136	155	8,8	9,7
Putumayo	50	35	28	12,3	9,3
Tolima	130	89	92	9,5	9,3
Guaviare	12	12	7	14,8	8,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2025, 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.

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 44 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 44 2021 - 2025	Valor observado a SE 44 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	**6 265**	**5 147**	**-**
Riohacha (La Guajira)	71	76	8
Manaure (La Guajira)	29	46	25
Cumaribo (Vichada)	21	27	26
Madrid (Cundinamarca)	18	23	8
Dosquebradas (Risaralda)	17	23	35
Tunja (Boyacá)	14	21	41
Granada (Meta)	9	17	38
Segovia (Antioquia)	8	15	10
Alto Baudó (Chocó)	5	12	31
La Estrella (Antioquia)	5	11	29
Puerto López (Meta)	4	8	17
Calamar (Bolívar)	3	7	11
Maní (Casanare)	2	7	11
Guamo (Tolima)	2	7	20
Peñol (Antioquia)	2	6	27
El Litoral del San Juan (Chocó)	3	6	15
Roberto Payán (Nariño)	2	6	21
Giraldo (Antioquia)	1	5	20
Paipa (Boyacá)	2	5	27
Bahía Solano (Chocó)	2	5	31
Tolú Viejo (Sucre)	2	5	24
La Tola (Nariño)	1	4	21
San Sebastián (Cauca)	1	3	8
Juradó (Chocó)	0	3	13
Tesalia (Huila)	1	3	28
Paz de Río (Boyacá)	0	2	19
Marulanda (Caldas)	0	2	29
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	21
Salento (Quindío)	0	2	32

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

Tabla 13. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 44, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 44, 2024 -2026					
	2024 a SE 44	(%)	2025 a SE 44	(%)	2026 a SE 44	(%)
Colombia	**5 026**	**100,0**	**4 825**	**100,0**	**5 147**	**100,0**
Asfixia y causas relacionadas	1 314	26,1	1 328	27,5	1 338	26,0
Prematuridad-inmaturidad	833	16,6	856	17,7	902	17,5
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	752	15,0	735	15,2	771	15,0
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	566	11,3	501	10,4	483	9,4
Infecciones	436	8,7	425	8,8	427	8,3
Malformación congénita	460	9,2	407	8,4	411	8,0
Otras causas de muerte	333	6,6	289	6,0	305	5,9
Sin información	0	0,0	0	0,0	191	3,7
Causas no específicas	129	2,6	79	1,6	151	2,9
Trastornos cardiovasculares	152	3,0	153	3,2	116	2,3
Convulsiones y trastornos neurológicos	28	0,6	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.

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

EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 44 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 41 a 44 de 2026), a nivel nacional, se observó una disminución porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias y positiva en hospitalización en sala general y unidades de cuidado intensivo (UCI) e intermedio (UCIM) frente al periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 37 a 40 de 2026), sin superar el umbral definido para variaciones relevantes (±30 %) (tabla 14).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 37 a 40 de 2026 y 41 a 44 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 37a 40 de 2026	SE 41 a 44 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	493 706	492 618	-0,22%	
Hospitalización en sala general	19 079	19 203	0,65%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 448	2 619	6,99%	

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 44 del 2026 se notificaron 134 156 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 Putumayo y Vaupés mientras que Amazonas, Buenaventura, Caquetá, Cauca, Chocó, Guainía, Huila, Nariño, Quindío y Risaralda presentaron una disminución. Las 26 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 siete municipios (tabla 15).

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 44 del 2026

Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	83 639	80 908	7 389	8 870
La Guajira	Maicao	62 916	72 153	4 350	6 264
Antioquia	Itagüí	70 656	61 852	5 649	5 462
Cundinamarca	Soacha	71 175	57 750	5 211	5 304
La Guajira	Uribia	44 472	47 864	3 980	5 192
Antioquia	Bello	52 929	55 982	5 333	4 989
Cundinamarca	Chía	50 100	40 821	4 205	3 644
Antioquia	Rionegro	30 963	39 133	2 431	2 794
Cundinamarca	Zipaquirá	20 663	19 691	1 750	1 891
Risaralda	Dosquebradas	25 648	20 156	1 865	1 844
Santander	Floridablanca	29 338	22 209	1 825	1 821
Valle del Cauca	Palmira	23 771	18 432	1 996	1 714
Santander	Barrancabermeja	26 778	22 561	1 623	1 668
Antioquia	Envigado	22 151	21 350	1 924	1 623
Magdalena	Ciénaga	20 379	17 070	1 623	1 451
Bolívar	Magangué	20 098	15 598	1 357	1 325
Cundinamarca	Madrid	12 685	13 834	1 150	1 305
Córdoba	Cereté	16 644	17 301	888	1 270
Boyacá	Duitama	19 258	15 242	2 017	1 165
Boyacá	Sogamoso	18 696	14 450	1 296	1 120
Cundinamarca	Girardot	17 762	13 062	1 254	1 120
Córdoba	Lorica	13 880	14 182	1 132	1 093
Antioquia	Apartadó	15 429	16 885	1 241	1 065
Cundinamarca	Facatativá	15 455	11 573	1 429	1 007
Cundinamarca	Funza	14 381	12 750	932	991
Casanare	Yopal	13 087	11 045	959	878
Valle del Cauca	Cartago	14 775	10 502	1 064	864
Valle del Cauca	Tuluá	11 244	10 002	844	850
Norte de Santander	Ocaña	15 078	11 488	1 032	802
Cesar	Aguachica	10 459	9 439	810	773
Valle del Cauca	Yumbo	12 453	9 594	1 020	771
Atlántico	Malambo	6 970	6 527	495	766
Antioquia	Turbo	13 171	11 794	999	694
Huila	Pitalito	11 608	8 229	929	652
Valle del Cauca	Buenaventura	6 357	8 710	742	650
Santander	Piedecuesta	9 179	8 041	446	606
Córdoba	Sahagún	22 005	7 900	2 058	583
Cundinamarca	Mosquera	6 745	5 539	387	544
Cauca	Santander de Quilichao	9 617	7 188	863	461
Santander	Giron	7 407	6 492	399	426
Norte de Santander	Villa del Rosario	5 466	4 906	466	406
Cauca	Guapi	4 363	2 990	232	113
Nariño	La Florida	658	528	29	38

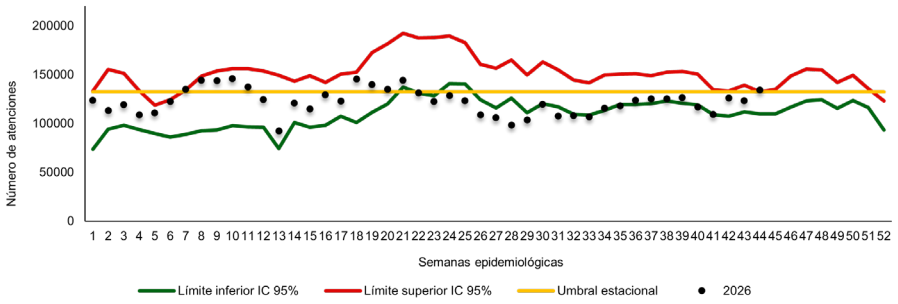
*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

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

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (41 a 44 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 27,5 % (135 526) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,6 % (97 021). 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 10,7 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 10,4 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11 con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguida de un nuevo incremento entre las semanas epidemiológicas 18 y 21, manteniéndose dentro de los límites esperados. Desde la semana epidemiológica 22 se observó una tendencia descendente en las atenciones, con valores que se mantuvieron cercanos al límite inferior hasta la semana epidemiológica 41, sin embargo, de las semanas epidemiológicas 42 a la 44 se observó un incremento, ubicándose esta última semana epidemiológica sobre el límite superior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 44 de 2026



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

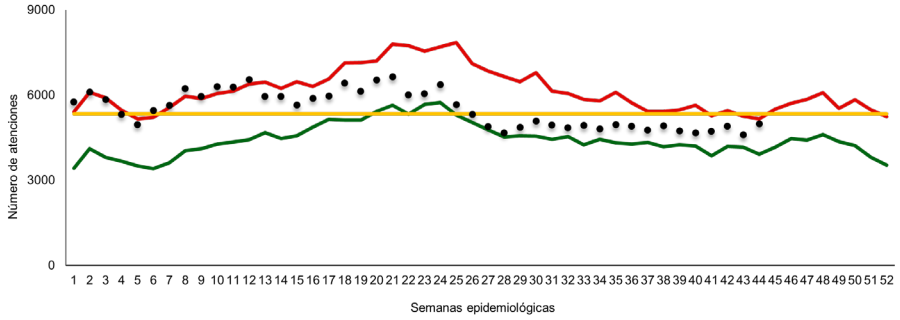
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 44 del 2026 se notificaron 4 992 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Buenaventura, Caldas, Casanare, Cauca, Guainía, La Guajira, Quindío, Risaralda, Sucre y Vaupés; así mismo, se observó aumento en Arauca, Barranquilla, Cartagena de Indias, Guaviare, Magdalena, Putumayo y Santa Marta. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (40 a 44 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 327) representaron el 27,7 %, seguido del grupo de menor de 1 año con el 15,6 % (3 005). 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 23,6 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 18,7 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones presentaron una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior entre las semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2026. Entre las semanas epidemiológicas 13 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, seguido de un aumento en semana 44 ubicándose sobre el límite superior (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 44 de 2026



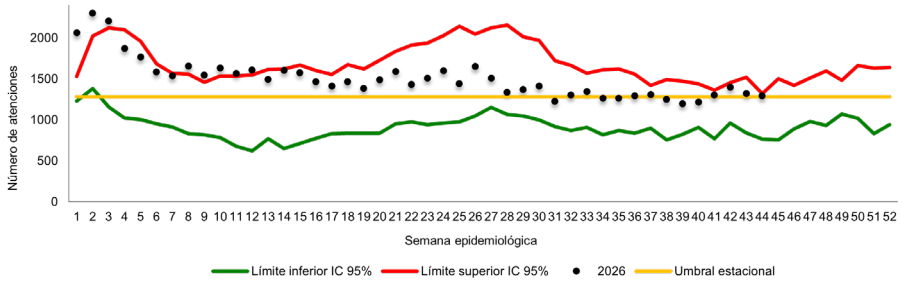
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 44 del 2026, se notificaron 1 294 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 44 acercándose al límite superior (figura 9).

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

Figura 9. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 44 de 2026



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

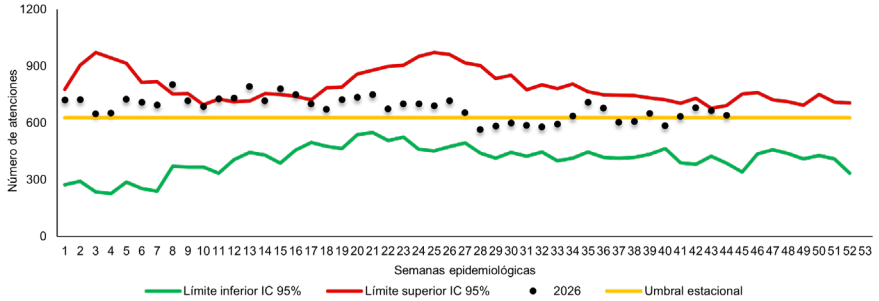
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 44 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 Bolívar, Boyacá, Santiago de Cali, Risaralda, Santa Marta y Sucre. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (41 a 44 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 36,4 % (955), seguido de los menores de 1 año con el 22,9 % (602) 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 18,7 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 17,3 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, 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 epidemiológicas 08, 11 a 13, 15 y 16. A partir de la semana epidemiológica 17 se observó un descenso, aunque las atenciones permanecieron por encima del umbral estacional, hasta la semana epidemiológica 27. Entre las semanas epidemiológicas 28 y 33 se ubicaron por debajo del umbral; en las semanas epidemiológicas 34 a 36 lo superaron de forma transitoria y desde la semana epidemiológica 37 hasta la 44 se han ubicado alrededor del umbral estacional (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 44 de 2026

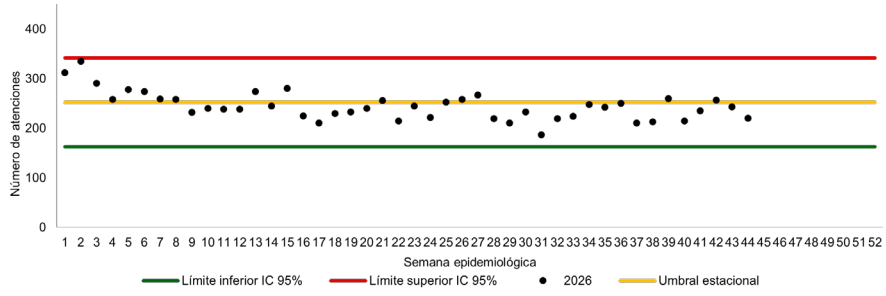


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 44 del 2026, se notificaron 220 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control para este grupo de edad, las hospitalizaciones se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, 13 y 15 de 2026; no obstante, en las semanas 09 a 12, 14 y 16 a 44 se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 44 de 2026



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

De acuerdo con el Boletín de Clima y Salud de octubre de 2026 (Ministerio de Salud y Protección Social, INS e IDEAM), el fenómeno de El Niño está establecido, tras cinco meses consecutivos con el índice oceánico por encima de 0,5 °C. El evento mantiene condiciones de un Niño muy fuerte, con una probabilidad del 100,0 % para

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.

noviembre y una posible persistencia hasta febrero de 2027. Entre octubre de 2026 y enero de 2027 se prevé un déficit de lluvias en amplias zonas del país, especialmente en las regiones Caribe, Andina y Pacífica, con temperaturas por encima de lo normal. Además, durante septiembre se presentaron condiciones favorables para incendios de cobertura vegetal, principalmente en las regiones Andina y Pacífica. En el contexto del segundo pico respiratorio anual, estas condiciones 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[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:

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.
- 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 alta en cuatro de las cinco subregiones. Solo Brasil y el Cono Sur registraron actividad baja, con tendencia al descenso y una positividad cercana al 8,0 %. En América del Norte y América Central la actividad fue alta y se mantuvo constante. América del Norte presentó la mayor positividad de la región, alrededor del 33,0 %, después de un ascenso sostenido desde la semana 32. En América Central la positividad se ubicó cerca del 16,0 %. En el Caribe y en la subregión Andina la actividad fue alta y con tendencia creciente. En el Caribe la positividad aumentó de forma marcada desde la semana 38, hasta cerca del 24 %, con el mayor número de muestras positivas desde mediados de febrero. En la subregión Andina la positividad se ubicó alrededor del 13 %, con cerca de 180 muestras positivas, el valor más alto desde febrero. Respecto al virus sincitial respiratorio (VSR) en América del Norte, América Central y Brasil y el Cono Sur presentaron actividad alta. En América del Norte la actividad no mostró una tendencia definida. La positividad pasó de cerca del 1,0 % a alrededor del 15,0 % entre las semanas epidemiológica 41 y 42.

Este aumento abrupto coincidió con un descenso en el número de muestras positivas. En América Central la tendencia fue al descenso, con una positividad cercana al 16,0 %, inferior al máximo de alrededor del 24,0 % registrado entre las semanas epidemiológicas 32 y 37. En Brasil y el Cono Sur la tendencia también fue al descenso, con una positividad cercana al 7 %, al final de una temporada que alcanzó su máximo hacia la SE 32, cerca del 21,0 %. El Caribe y la subregión Andina

[1] Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud; Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Boletín Clima y Salud. Edición No. 10, octubre de 2026 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2026 [citado 12 nov 2026]. 36 p. Disponible en: https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/boletin-clima-y-salud-octubre-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.

mostraron actividad baja. 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 semana epidemiológica 41. La subregión Andina se mantuvo constante, con una positividad cercana al 4,0 %. En relación con SARS-CoV-2 el Caribe fue la única subregión con actividad alta, con tendencia constante y una positividad cercana al 5,0 %. En las últimas semanas la positividad osciló entre el 4,0 % y el 8,0 %, por debajo del pico de alrededor del 16,0 % registrado en las semanas epidemiológicas 34. Las demás subregiones presentaron actividad baja. En América del Norte la tendencia fue al descenso, con una positividad cercana al 2 %, inferior al pico de alrededor del 5,5 % registrado entre las semanas epidemiológicas 34 y 36. América Central también mostró tendencia al descenso, con una positividad por debajo del 1,0 %, después de un máximo cercano al 10,0 % hacia la semana epidemiológica 30. En la subregión Andina y en Brasil y el Cono Sur la tendencia fue creciente, aunque con positividades aún bajas, cercanas al 3,0 %. En la subregión Andina el número de muestras positivas alcanzó los valores más altos desde comienzos de año. En Brasil y el Cono Sur la positividad empezó a subir desde la semana epidemiológica 39, después de varios meses por debajo del 1,0 %. 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[2]. Para más información puede consultar Flunet Home Page (datos regionales).

A nivel nacional, durante el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 41 a 44 de 2026), la positividad general disminuyó de 47,8 % a 37,8 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 37 a 40). El descenso se dio tanto en menores de cinco años (de 49,4 % a 39,1 %) como en mayores de 60 años (de 37,0 % a 22,7 %). Los agentes con mayor proporción de detección fueron rinovirus, influenza B, VSR, influenza A y parainfluenza. Influenza A (de 4,8 % a 12,3 %) e influenza B (de 10,4 % a 15,2 %) presentaron un aumento estadísticamente significativo, mientras que adenovirus mostró una disminución estadísticamente significativa (de 10,4 % a 4,7 %). El VSR disminuyó de 18,2 % a 13,3 %, parainfluenza, otros coronavirus, A(H1N1) pdm09 y A(H3N2) aumentaron, enterovirus, metapneumovirus y SARS-CoV-2 disminuyeron sin significancia y rinovirus se mantuvo estable. Por grupo de edad, en menores de cinco años los agentes con mayor proporción de detección fueron rinovirus, VSR y parainfluenza; en mayores de 60 años fueron rinovirus, adenovirus e influenza B. 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).

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 37 a 44 de 2026

Agente viral identificado	SE 37 a 40 de 2026			SE 41 a 44 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	**47,8**	**49,4**	**37,0**	**37,8**	**39,1**	**22,7**	
Rinovirus	23,4	26,3	13,3	23,7	29,2	20,0	
Virus sincitial respiratorio	18,2	25,0	16,7	13,3	23,0	6,7	
Enterovirus	1,9	1,3	3,3	1,0	-	-	
Adenovirus	10,4	12,5	10,0	4,7	5,3	13,3	
Influenza B	10,4	3,3	13,3	15,2	8,9	13,3	
Influenza A	4,8	2,0	13,3	12,3	5,3	6,7	
Parainfluenza	8,9	14,5	-	11,4	15,0	6,7	
Metapneumovirus	1,9	2,6	3,3	1,4	1,8	-	
A(H1N1)pdm09	1,1	0,7	-	2,5	0,9	-	
SARS-CoV-2	1,9	2,0	3,3	1,0	0,9	6,7	
A(H3N2)	6,3	6,6	-	6,6	7,1	6,7	
Coronavirus	1,9	3,3	3,3	4,7	2,7	6,7	

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

[2] Organización Panamericana de la Salud. Tablero de virus respiratorios: influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2026 [citado 2026 nov 5]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

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

COVID-19

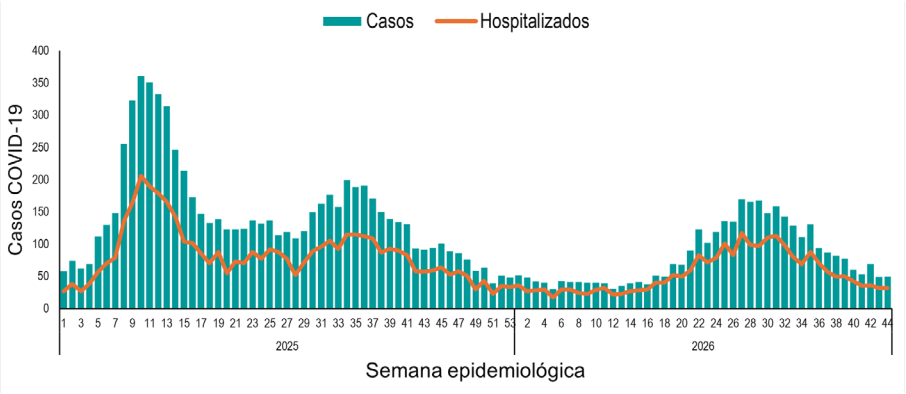
Situación de COVID-19 en Colombia hasta la semana epidemiológica 44 de 2026

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 44 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 44), con corte al 07 de noviembre y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 3 574 casos de COVID-19, de los cuales 3 568 son procedentes de Colombia y seis (6) casos de procedencia exterior. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (semanas epidemiológicas 41 a 44) se registraron 225 casos, todos de procedencia nacional, lo que representa una disminución del 27,65 % frente al período anterior (semanas epidemiológicas 37 a 40), cuando se reportaron 311 casos. Respecto a la hospitalización, se notificaron 135 casos hospitalizados, una disminución del 31,81 % frente a los 198 registrados en el período anterior. En el mismo período de 2025 (semanas epidemiológicas 41 a 44), se notificaron 414 casos, por lo que en 2026 se observa una disminución del 45,65 % respecto al año anterior. (figura 12).

Figura 12. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 44 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 44 de 2026

Durante el período epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 41 a 44 de 2026) se registró una incidencia de 0,4 casos por cada 100 000 habitantes (225 casos confirmados de procedencia Colombia), con afectación en 27 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 67 municipios del país.

En comparación con el período epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 37 a 40 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en las entidades territoriales de Antioquia, Barranquilla y Santiago de Cali, y a nivel municipal 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 80 a 89 años (-53,3 %), seguido por el grupo menor de un año (-44,0 %), 30 a 39 años (-40,0 %), 70 a 79 años (-37,5 %), 60 a 69 años (-33,3 %), 90 a 99 años (-33,3 %), 2 a 4 años (-32,6 %), 1 año (-25,8 %), 5 a 9 años (-18,8 %) y 40 a 49 años (-18,8 %). Por el contrario, los grupos de 20 a 29 años y 50 a 59 años presentaron incrementos del 63,6 % y 44,4 %, respectivamente, pasando de 11 a 18 casos y de 9 a 13 casos. Asimismo, el grupo de 10 a 19 años registró un aumento del 5,6 %, pasando de 18 a 19 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).

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

Tabla 17. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas 37 a 44 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 37 a 40 2026	SE 41 a 44 2026		
Menor de un año	84	47	-44,0	
1 año	31	23	-25,8	
2 a 4 años	43	29	-32,6	
5 a 9 años	16	13	-18,8	
10 a 19 años	18	19	5,6	
20 a 29 años	11	18	63,6	
30 a 39 años	25	15	-40,0	
40 a 49 años	16	13	-18,8	
50 a 59 años	9	13	44,4	
60 a 69 años	24	16	-33,3	
70 a 79 años	16	10	-37,5	
80 a 89 años	15	7	-53,3	
90 a 99 años	3	2	-33,3	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	311	225	-27,7	

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: Sivigila, SE 37 a 44 de 2026
PE: período epidemiológico

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia 34 fallecimientos asociados a COVID-19. De estos, 11 se registraron en Bogotá, D. C.; seis (6) en el departamento de Arauca, de los cuales cinco (5) ocurrieron en el municipio de Arauca y uno (1) en Saravena; tres (3) en el departamento de Antioquia, de los cuales dos (2) son del municipio de Rionegro y uno (1) en El Peñón y dos (2) en el distrito de Santiago de Cali. Los 12 fallecimientos restantes se notificaron de manera individual en los municipios de Armenia y La Tebaida (Quindío), 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.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 44 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*

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 44 del 2026 se notificaron 4 914 casos de dengue: 3 664 casos de esta semana y 1 250 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 102 164 casos, 62 225 (60,9 %) sin signos de alarma, 38 916 (38,1 %) con signos de alarma y 1 023 (1,0 %) de dengue grave.

El 66,4 % (67 798) 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 epidemiológico (semanas epidemiológicas 40 a 43 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Bolívar, Santander, Meta, Magdalena, Norte de Santander, Atlántico, Tolima, Valle del Cauca, Antioquia y Sucre concentran el 67,8 % (9 472 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 40 a 43 de 2026) en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 36 a 39 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Amazonas, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Caquetá, Cartagena de Indias, Cesar, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santa Marta, Santander, Tolima y Valle del Cauca; y una tendencia al descenso en Vaupés; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 18).

Tabla 18. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 44 de 2026

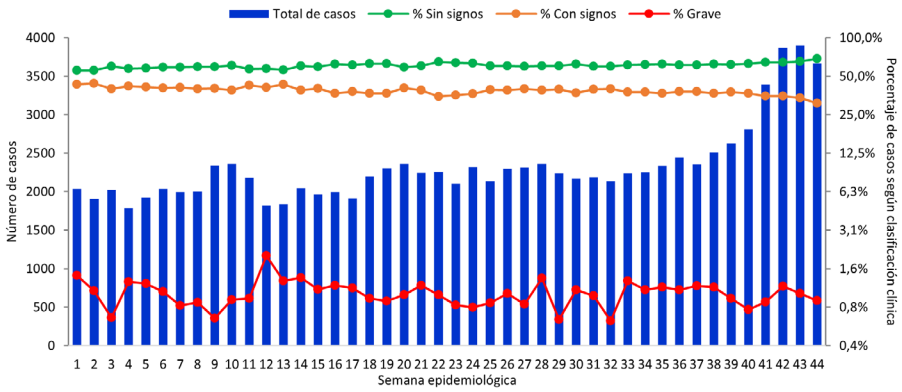
Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 36 - 39 2026)	Observado (SE 40-43 2026)
Meta	14 395	29,8	1,0	999	971
Bolívar	10 484	40,0	1,2	1 299	1995
Santander	7 851	38,6	0,7	994	1413
Cesar	6 960	54,6	0,7	300	548
Norte de Santander	6 320	36,0	1,2	656	817
Magdalena	6133	48,7	0,6	587	828
Atlántico	4 342	41,7	0,7	554	797
Antioquia	3 980	34,6	1,0	487	590
Casanare	3 687	30,0	0,6	220	245
Cartagena	3 646	19,0	1,0	190	526
Tolima	3 619	33,5	1,4	521	767
Barranquilla	3 298	44,2	1,1	257	516
Córdoba	3 218	45,1	0,4	275	329
La Guajira	3 198	53,8	1,8	54	62
Arauca	2 690	30,4	1,0	283	281
Sucre	2 637	44,5	0,8	481	553
Valle del Cauca	2 586	34,1	1,3	438	741
Cundinamarca	2 178	38,2	0,9	344	510
Santa Marta	2 165	44,2	0,3	43	92
Chocó	1 174	21,0	0,6	183	154
Cali	1 174	39,1	1,1	116	155
Huila	1 123	41,1	5,1	70	171
Amazonas	945	14,1	0,3	116	162
Nariño	711	39,1	0,7	68	73
Guaviare	625	29,4	0,6	43	111
Caquetá	457	51,6	2,6	16	34
Quindío	453	24,5	3,1	78	112
Putumayo	423	27,9	1,4	37	82
Boyacá	299	45,8	1,3	31	39
Cauca	255	34,5	3,1	40	49
Risaralda	241	39,8	0,8	34	66
Exterior	215	39,5	3,3	21	39
Buenaventura	192	38,0	1,6	29	45
Caldas	190	40,0	0,0	14	36
Vichada	140	27,1	0,7	24	23
Vaupés	98	7,1	0,0	22	14
Archipiélago de San Andrés	51	35,3	2,0	6	18
Guainía	11	27,3	0,0	1	2
Total	**102 164**	**38,1**	**1,0**	**9 931**	**13 996**

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

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

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39,0 % a nivel nacional (figura 13); sin embargo, las entidades territoriales que registraron un porcentaje superior al 50,0 % en de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 40 a 43 de 2026) fueron: Buenaventura, Boyacá, Córdoba y La Guajira.

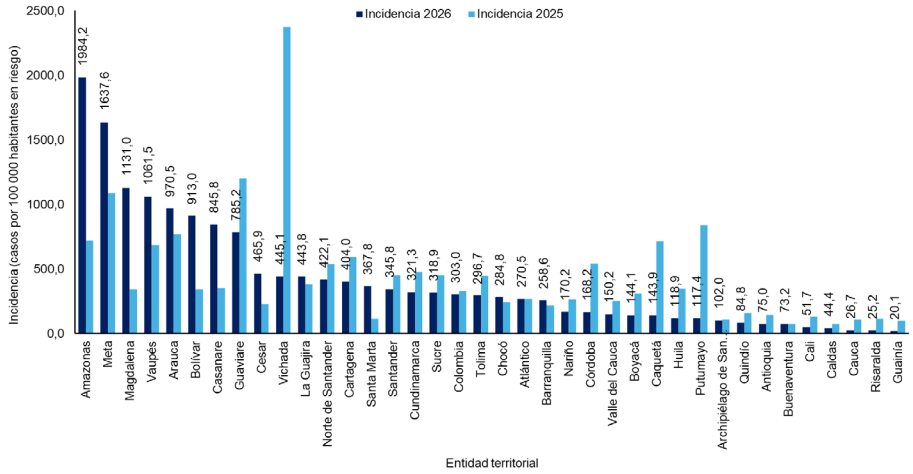
Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 44, 2026



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

A semana epidemiológica 44 de 2026, la incidencia nacional de dengue es de 303,0 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 333,0 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Amazonas, Meta, Magdalena, Vaupés, Arauca, Bolívar y Casanare presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 44 del 2026 registrando tasas superiores a 800 casos por 100 000 habitantes (figura 14). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 645,1 casos por 100 000 habitantes.

Figura 14. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 44 de 2025 y 2026



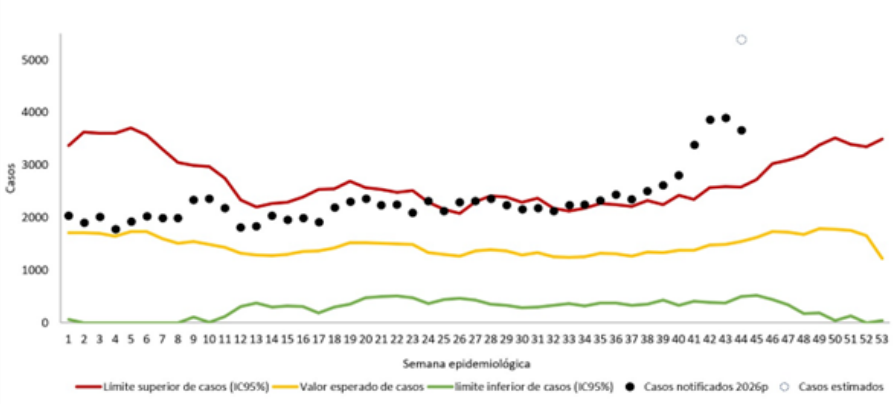
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 44 del 2026, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de brote, comparado con su comportamiento histórico. Se observa una tendencia al aumento en las últimas semanas epidemiológicas, con una variación del 40,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 40 a 43 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 36 a 39 de 2026) (figura 3). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 44), se observa una reducción del 8,1 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025, donde se habían notificado 111 156 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).

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. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 44 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 44 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 44, 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 44 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 24,5 % (202) 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 26,3 % (15/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 20).

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 44 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		(SE 36-39 2026)	(SE 40-43 2026)
Antioquia	Medellín	21,4	530	66	76
	Bello	7,8	46	7	5
	Envigado	20,6	53	2	13
	Sabanalarga	256,1	272	27	56
Bolívar	Magangué	999,4	1524	223	483
Córdoba	Cereté	325,6	401	37	77
Cundinamarca	Fusagasugá	36,8	60	8	13
Meta	Villavicencio	1861,0	10072	605	595
Norte de Santander	Ocaña	423,8	593	80	168
Risaralda	Pereira	27,9	136	21	43
Norte de Santander	Bucaramanga	495,0	3062	461	635
Risaralda	Floridablanca	332,3	1005	105	195
Santander	Girón	420,2	746	85	156
	Cartago	719,8	1005	244	417
	Yopal	480,3	953	96	135

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

A semana epidemiológica 44 del 2026, se han notificado 258 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 66 casos, se han descartado 136 casos y se encuentran en estudio 56 casos, de los cuales un caso procede del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,06 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 109 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,10 %) (tabla 21).

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

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 44, 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	0,36	0,28
Boyacá	1	1	0,33	0,00
La Guajira	10	1	0,31	0,04
Atlántico	5	4	0,12	0,05
Magdalena	7	0	0,11	0,22
Santa Marta	2	0	0,09	0,15
Meta	12	8	0,08	0,11
Valle del Cauca	2	6	0,08	0,00
Sucre	2	3	0,08	0,09
Antioquia	3	3	0,08	0,11
Bolívar	7	5	0,07	0,10
Norte de Santander	3	0	0,05	0,09
Cundinamarca	1	3	0,05	0,06
Cesar	3	0	0,04	0,06
Barranquilla	1	2	0,03	0,14
Tolima	1	5	0,03	0,06
Casanare	1	3	0,03	0,00
Santander	1	2	0,01	0,10
Santiago de Cali	0	4	0,00	0,07
Cauca	0	3	0,00	0,30
Arauca	0	1	0,00	0,08
Putumayo	0	1	0,00	0,17
Colombia	66	55	0,06	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***

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 44 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.

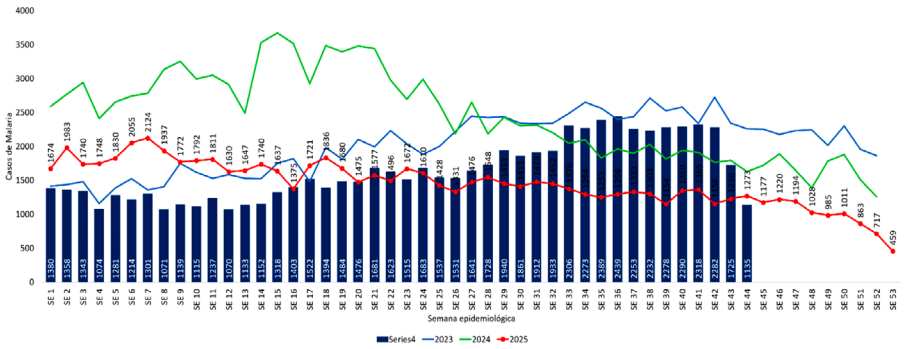
[1] Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: *https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf*

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución para la malaria, como lo muestra la figura 16.

Figura 16. Comportamiento epidemiologico de la malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 44 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 44 del 2026 se notificaron 2 656 casos de malaria, para un acumulado de 71 970 de los cuales 71 183 son de malaria no complicada y 787 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 65,6 % (47 220), seguido de *Plasmodium falciparum* con 33,0 % (23 778) e infección mixta con 1,4 % (972). 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 (43,1 %), Antioquia (12,4 %), Córdoba (6,9 %), Guainía (5,2 %), Nariño (4,7 %), Risaralda (4,3 %), 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.

Tabla 22. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 44 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 37 a 40 2026	Casos SE 41 a 44 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	6 278	904	522	42,15
Guainía	Inírida	3 397	468	579	85,81
Córdoba	Tierralta	3 293	357	391	32,49
Chocó	Bagadó	2 903	480	610	240,39
Risaralda	Pueblo Rico	2 895	414	408	172,18
Chocó	Lloró	2 681	425	463	246,78
Chocó	Istmina	1 961	251	167	56,10
Buenaventura	Buenaventura	1 796	312	178	5,53
Chocó	Alto Baudó	1 770	453	165	55,02
Antioquia	El Bagre	1 749	176	191	30,67
Chocó	Tadó	1 466	195	249	70,62
Chocó	Medio San Juan	1 380	168	158	114,00
Chocó	Río Quito	1 350	241	185	143,07
Meta	Puerto Gaitán	1 293	90	190	27,38
Vichada	Cumaribo	1 246	115	57	13,89
Cauca	Timbiquí	1 235	146	96	43,11
Chocó	Bajo Baudó	1 129	198	128	32,32
Chocó	Nóvita	1 117	207	267	104,25
Bolívar	Montecristo	1 107	121	143	59,48
Chocó	Carmen del Darién	1 107	152	150	48,66
Vaupés	Mitú	933	41	30	25,48
Cauca	Guapi	912	97	117	30,28
Norte de Santander	Tibú	856	112	84	13,66
Nariño	Olaya Herrera	831	88	63	31,07
Chocó	Juradó	825	24	15	106,60
Chocó	Atrato	800	110	69	113,11
Antioquia	Nechí	795	74	76	28,12
Chocó	El Cantón del San Pablo	734	55	24	102,90
Chocó	Medio Atrato	734	130	109	55,23
Amazonas	Tarapacá (CD)	726	52	39	161,55
Guaviare	San José del Guaviare	712	92	108	10,69
Córdoba	Puerto Libertador	708	55	60	15,37
Amazonas	La Pedrera (CD)	654	91	87	150,21
Chocó	El Carmen de Atrato	650	91	178	67,93
Antioquia	Cáceres	624	119	60	19,77

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.*

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

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,8 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Tierralta, Pueblo Rico, Quibdó, Lloró, Cumaribo, Mitú, Tibú y Tadó y en incremento los municipios de Bagadó, Puerto Gaitán y Montecristo (tabla 23). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 69,0 %. En este grupo se evidencia decremento en los municipios de Quibdó, Bagadó, Buenaventura, Timbiquí, Istmina, Lloró, Río Quito, Alto Baudo, Medio San Juan, Bajo Baudó, Atrato y Pueblo Rico y en incremento los municipios de Guapi, Nóvita y Tadó 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 44 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 37 a 40 de 2026	Casos SE 41 a 44 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	345	302	-12%	6,3%
Guainía	Inírida	366	361	-1%	6,0%
Risaralda	Pueblo Rico	284	230	-19%	5,0%
Chocó	Quibdó	255	164	-36%	4,6%
Antioquia	El Bagre	184	180	-2%	3,6%
Chocó	Lloró	198	168	-15%	3,2%
Chocó	Bagadó	200	210	5%	3,1%
Meta	Puerto Gaitán	95	136	43%	2,4%
Bolívar	Montecristo	131	131	0%	2,3%
Chocó	Carmen del Darien	126	131	4%	2,1%
Vichada	Cumaribo	67	28	-58%	1,9%
Vaupés	Mitú	36	17	-53%	1,8%
Norte de Santander	Tibú	100	75	-25%	1,8%
Chocó	Istmina	106	67	-37%	1,8%
Chocó	Tadó	114	96	-16%	1,8%

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

Tabla 24. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 44 de 2026

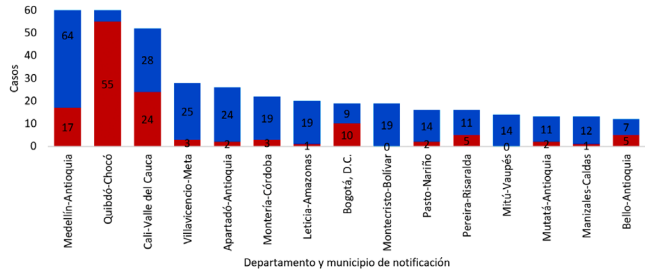
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 37 a 40 de 2026	Casos SE 41 a 44 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	479	271	-43%	17,1%
Chocó	Bagadó	390	296	-24%	5,7%
Buenaventura	Buenaventura	189	123	-35%	5,3%
Cauca	Timbiquí	147	52	-65%	5,1%
Chocó	Istmina	110	93	-15%	4,6%
Chocó	Lloró	215	190	-12%	4,6%
Chocó	Río Quito	146	89	-39%	4,1%
Chocó	Alto Baudo	312	85	-73%	3,8%
Cauca	Guapi	86	104	21%	3,6%
Chocó	Medio San Juan	107	87	-19%	3,1%
Chocó	Tadó	101	138	37%	2,6%
Chocó	Bajo Baudó	103	74	-28%	2,5%
Chocó	Nóvita	130	137	5%	2,4%
Chocó	Atrato	87	31	-64%	2,4%
Risaralda	Pueblo Rico	119	73	-39%	2,3%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 44 de 2026 se han notificado 787 casos de malaria complicada, que fueron notificados por 32 entidades territoriales de Antioquia, Chocó, Santiago de Cali, Meta, Risaralda, Amazonas, Nariño, Caldas, Bolívar, Córdoba, Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Santander, Vaupés, Guaviare, Sucre y Caquetá notificaron el 89,2 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 55,9 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 17).

Figura 17. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 44 de 2026



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.

Comportamientos inusuales en entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 44 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se evidencian siete departamentos en situación de incremento y cinco departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 52 municipios en incremento y 54 municipios en decremento (tabla 25).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 44 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 44 2025	Acumulado 2026	SE 44 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Mutatá	5	580	5	553	9	38	64
Antioquia	Frontino	4	240	8	553	8	32	77
Antioquia	Murindó	5	253	7	309	4	44	81
Antioquia	Zaragoza	5	548	5	513	10	49	61
Antioquia	Cáceres	4	585	4	629	16	41	59
Antioquia	Necoclí	4	100	5	103	4	6	17
Antioquia	Dabeiba	4	144	2	196	3	22	33
Antioquia	Remedios	4	104	2	108	4	8	16
Antioquia	Nechí	5	861	5	809	10	23	72
Antioquia	Chigorodó	5	739	10	628	9	52	71
Antioquia	Yondó	4	53	1	71	1	3	6
Antioquia	Tarazá	4	468	1	266	3	17	25
Bolívar	Arenal	4	60	0	92	6	6	13
Bolívar	Río Viejo	4	23	1	157	2	4	22
Bolívar	Montecristo	5	875	18	1130	27	75	131
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	69	0	144	3	6	26
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	14	0	82	0	1	7
Caquetá	Florencia	4	270	0	195	3	4	49
Chocó	Medio Baudó	5	566	17	576	6	83	85
Chocó	El Carmen de Atrato	4	217	10	665	22	22	170
Chocó	Condoto	4	186	1	378	7	14	45
Chocó	Bagadó	5	1532	27	2923	86	311	525
Chocó	Tadó	5	1411	33	1475	50	160	234
Chocó	Medio San Juan	5	1112	18	1383	35	91	151
Chocó	Nóvita	5	312	7	1120	66	26	258
Chocó	Belén de Bajirá	5	177	6	621	7	18	58
Chocó	Lloró	5	1760	31	2696	28	125	373
Chocó	Istmina	5	1196	20	1984	23	75	162
Chocó	Unión Panamericana	5	193	2	361	12	19	46
Chocó	Río Quito	5	518	12	1361	32	83	156
Chocó	El Litoral del San Juan	5	88	2	322	15	16	58
Chocó	Quibdó	5	2797	35	6371	78	305	450
Chocó	Medio Atrato	5	419	1	738	10	63	103
Chocó	Carmen del Darién	5	754	12	1112	30	57	144
Chocó	Unguía	4	42	0	38	0	3	8
Chocó	Sipí	4	207	4	284	0	14	29
Chocó	Atrato	5	299	7	809	8	35	48
Chocó	Cértegui	4	191	3	313	1	13	33
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	29	1	39	2	2	6
Guainía	Inírida	5	1420	46	3406	27	227	483
Guaviare	San José del Guaviare	5	572	7	716	5	51	93
Guaviare	Calamar	4	166	2	317	12	19	54
Guaviare	El Retorno	5	237	1	383	7	19	62
Guaviare	Miraflores	3	63	1	157	7	12	32
Meta	Puerto Concordia	4	69	2	87	2	4	12
Meta	Puerto Gaitán	4	391	26	1317	16	34	159
Meta	Puerto López	4	191	0	33	1	1	7
Nariño	El Charco	5	1649	5	574	5	49	71
Putumayo	Valle del Guamuez	4	1	0	8	0	0	4
Valle del Cauca	Santiago de Cali	4	5	0	7	3	2	5
Valle del Cauca	Buenaventura	5	1857	31	1814	36	140	174

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

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 44 del 2026, se han notificado 17 836 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 17 751 corresponden a residentes en Colombia y 85 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (45 de 2025 a 44 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 83,5 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,5 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,4 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (28,3 %) y en los de 1 año de edad (27,0 %). Así mismo, el 65,8 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 44 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 215 municipios a nivel nacional (19,1 %) y de disminución en 99 municipios (8,8 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 22 municipios (tabla 27).

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 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 44, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 44 de 2025	Casos a SE 44 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	**17 898**	**17 751**	**0,54**	**19,1**	**8,8**
La Guajira	1 518	1 492	1,54	13,3	13,3
Chocó	717	822	1,39	32,3	6,5
Vichada	179	200	1,35	0,0	25,0
Risaralda	401	519	0,94	42,9	7,1
Guaviare	57	53	0,75	0,0	0,0
Cesar	804	870	0,69	28,0	20,0
Arauca	146	146	0,68	0,0	28,6
Cartagena de Indias D.T	459	480	0,68	0,0	0,0
Magdalena	692	551	0,68	27,6	10,3
Boyacá	433	476	0,64	13,8	4,1
Vaupés	28	27	0,62	0,0	16,7
Antioquia	2 301	2237	0,57	24,8	4,0
Nariño	585	640	0,56	26,6	3,1
Bogotá, D.C	2 189	2 066	0,54	0,0	0,0
Meta	321	410	0,54	27,6	13,8
Bolívar	536	492	0,50	24,4	8,9
Cundinamarca	1 002	1 010	0,50	12,9	6,9
Casanare	220	177	0,50	15,8	31,6
Norte Santander	611	507	0,49	5,0	10,0
Amazonas	60	44	0,48	9,1	9,1
Putumayo	159	152	0,48	15,4	15,4
Sucre	342	368	0,47	50,0	11,5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	18	0,46	100,0	0,0
Valle del Cauca	551	491	0,41	17,5	7,5
Santiago de Cali	468	416	0,41	0,0	0,0
Tolima	292	325	0,40	10,6	8,5
Guainía	38	27	0,39	11,1	11,1
Buenaventura	152	114	0,39	0,0	0,0
Huila	396	354	0,38	10,8	10,8
Santa Marta	161	140	0,36	0,0	0,0
Córdoba	445	538	0,35	16,7	13,3
Caldas	166	172	0,33	18,5	3,7
Caquetá	118	112	0,32	6,3	25,0
Santander	419	437	0,32	21,8	3,4
Cauca	269	312	0,29	26,2	11,9
Atlántico	300	300	0,28	9,1	40,9
Quindío	71	75	0,27	0,0	0,0
Barranquilla	289	181	0,25	0,0	0,0

*SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 45 de 2025 a SE 44 de 2026.*
Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 y 2026 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2025.

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 44 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Norte de Santander	San José de Cúcuta	256	203
La Guajira	Maicao	336	194
Risaralda	Pereira	104	166
Meta	Villavicencio	116	165
Risaralda	Dosquebradas	42	120
Sucre	Sincelejo	50	105
Tolima	Ibagué	67	95
Cundinamarca	Fusagasugá	58	90
Nariño	Pasto	72	73
Antioquia	Rionegro	35	53
Cesar	Aguachica	25	51
Cauca	Popayán	30	46
Huila	Pitalito	32	43
Valle del Cauca	Cartago	24	34
Cundinamarca	Chía	28	33
Valle del Cauca	Yumbo	35	33
Antioquia	Envigado	18	32
Cauca	Santander de Quilichao	21	30
Santander	Piedecuesta	40	29
Atlántico	Malambo	35	22
Cundinamarca	Girardot	46	16
Norte de Santander	Villa del Rosario	44	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***

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

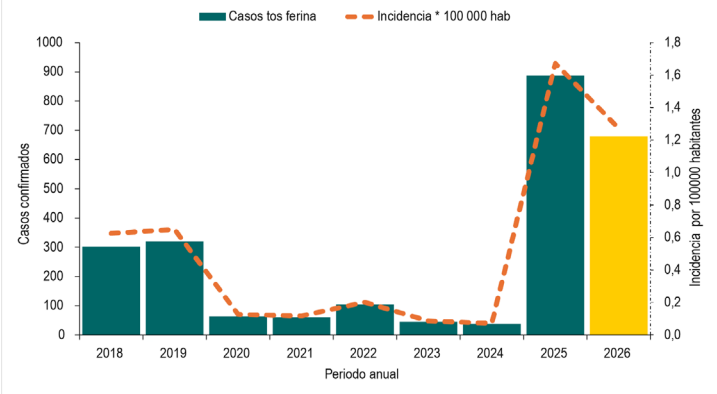
Tos ferina

Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 43 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 43 de 2026, datos preliminares, a nivel nacional se han confirmado 709 casos de tos ferina, de los cuales 679 corresponden a casos procedentes de Colombia, los cuales fueron 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 43 fue de 1,3 casos por cada 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 887 casos de tos ferina y una incidencia de 1,7 casos por cada 100 000 habitantes (figura 18).

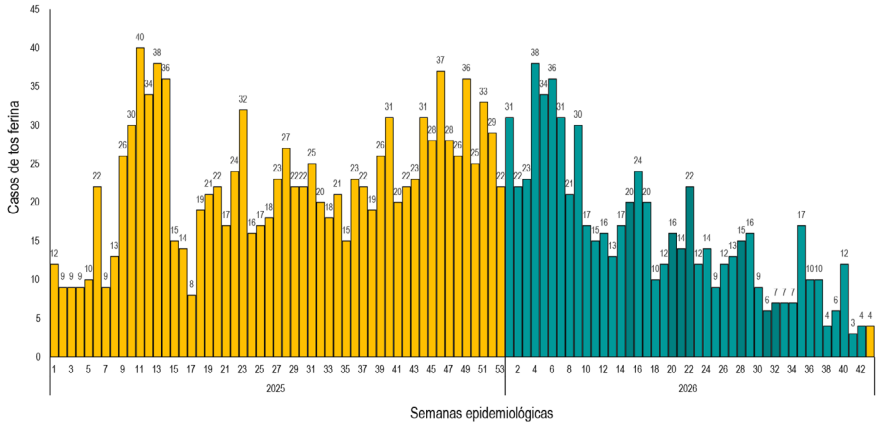
Figura 18. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 43, 2018 a 2026p



Fuente: Sivigila 2018 a 2026p. p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 19 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, alcanzando 38 casos en la semana epidemiológica 05 y 37 casos en la semana 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 40 a 43 se confirmaron 23 casos, lo que representa una disminución del 23,3 % respecto a las semanas epidemiológicas 36 a 39, periodo en el que se registraron 30 casos.

Figura 19. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 43 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 43, de 2019 a 2026p

Las mayores incidencias por 100 000 habitantes se registraron en Vaupés (22,5), Casanare y Cartagena de Indias (4,6 cada uno), Vichada (4,5), Arauca (3,6), Chocó (3,3) y Boyacá (3,1). Asimismo, Antioquia (2,2), Santander (1,9), Cesar y Bolívar (1,8 cada uno) presentaron incidencias superiores a la nacional. En términos de número de absoluto de casos, Antioquia concentró el mayor número de casos confirmados (154), seguida de Bogotá, D.C. (65), Cartagena de Indias (47), Santander (46), Boyacá (40) y Cesar (27).

La distribución territorial de la enfermedad evidencia un comportamiento heterogéneo, con diferencias entre el número absoluto de casos y las incidencias acumuladas. Mientras que, Antioquia y Bogotá, D.C. concentraron un número importante de casos, las tasas más elevadas se observan en territorios con menor población, como Vaupés, Casanare, Vichada y Arauca.

La tabla 28 presenta el número de casos confirmados de tos ferina por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia acumulada durante 2026p, en comparación con las incidencias registradas para la misma semana epidemiológica durante el período 2019-2025.

38

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

Con corte a la semana epidemiológica 43 de 2026, en Colombia se han reportado 46 brotes de tos ferina en población indígena colombiana, con un total de 177 casos asociados en Colombia. De estos, 39 brotes (84,8 %) se encuentran cerrados y siete (7) brotes (15,2 %) permanecen activos y en seguimiento por la entidad territorial. Los brotes que continúan activos corresponden a los municipios de Dabeiba (Antioquia), Ipiales (Nariño), El Carmen (Norte de Santander), Cumaribo (Vichada), Necoclí (Antioquia), Cerrito (Santander) y Turbo (Antioquia) (tabla 29).

Tabla 28. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 43, 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	1,7	1,3		679
Antioquia	0,9	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	3,3	2,2		154
Bogotá, D.C.	0,9	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	3,5	0,8		65
Cartagena de Indias	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	4,6		47
Santander	0,4	0,1	0,6	0,0	0,0	0,0	0,4	1,9		46
Boyacá	0,6	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	1,8		22
Norte de Santander	1,1	0,1	0,0	0,0	0,4	0,1	0,4	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	0,6	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	0,6	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	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1,4	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	0,7	0,3		7
Quindío	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,1	1,1		6
Santa Marta	0,2	0,2	0,0	1,3	0,7	0,0	0,9	0,8		5
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
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	2,0	0,7	0,0	0,0	0,5	0,9	0,5	0,5		2
Amazonas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	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.*

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

Entidad Territorial	Municipio	Casos	Última fecha de FIS
Colombia		**177**	
Antioquia	Dabeiba	13	25/10/2026
Nariño	Ipiales	1	21/10/2026
Norte de Santander	El Carmen	1	20/10/2026
Vichada	Cumaribo	7	15/10/2026
Antioquia	Necoclí	7	06/10/2026
Santander	Cerrito	22	19/09/2026
Antioquia	Turbo	1	18/09/2026

**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

BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 10 de noviembre de 2026

Para 2026, con corte al 10 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 04 de enero y el 19 de septiembre de 2026. Del total de casos confirmados, el 93,33 % (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 (2) 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 46,66 % (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 (3) casos procedentes del municipio de Paratebueno.

40

Durante el periodo comprendido entre el 4 al 10 de noviembre de 2026, no se confirmaron nuevos casos de fiebre amarilla en humanos. A la fecha de corte, se completan ocho 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 10 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

Actualización de sarampión a nivel nacional. Corte: 12 de noviembre de 2026

En el país se han confirmado 17 casos de sarampión, 11 son importados y seis (6) relacionados a la importación, no se han reportado complicaciones ni defunciones, y se han cerrado nueve casos aislados y un conglomerado (5 casos). El último caso confirmado fue en Leticia Amazonas, importado de Perú, con fecha de inicio del exantema el 17 de octubre de 2026.

De las últimas cuatro semanas, 106 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (53), Antioquia (23), Sucre, Huila, Norte de Santander, Cali (3), Santander, Valle, Amazonas, Cesar (2), Barranquilla, Caldas, Atlántico, Guajira, Putumayo, Boyacá, Caquetá, Meta, Córdoba, Nariño un caso cada uno. Con corte al 12 de noviembre de 2026, se han notificado 2 338 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 2 186 han sido descartados identificando 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, 12 de noviembre de 2026

Actualización por conformación de alojamiento temporal de emergencia por desplazamiento forzado de población indígena. Nuqui (Chocó). Corte 04 de noviembre de 2026

Desde el 01 de noviembre se ha registrado el desplazamiento forzado de integrantes de la comunidad indígena Villa Nueva, ubicada en el corregimiento de Jurubidá, como consecuencia de confrontaciones entre grupos de la zona. Como respuesta a esta situación, en el municipio de Nuquí (Chocó) se habilitó un alojamiento temporal de emergencia (ATE), donde actualmente se encuentran albergadas 266 personas, distribuidas en 64 núcleos familiares.

Se identificaron necesidades prioritarias para la atención integral de la población alojada en el ATE, entre ellas la articulación con las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) e instituciones prestadoras de salud (IPS), la implementación de búsqueda activa comunitaria, la evaluación de las condiciones

higiénico-sanitarias, el fortalecimiento de las medidas de saneamiento básico y la activación de la vigilancia sindrómica para la detección temprana de eventos de interés en salud pública (EISP). De igual manera, se requiere fortalecer la coordinación interinstitucional con enfoque diferencial para garantizar la atención integral en salud de la población indígena alojada.

La situación epidemiológica del municipio de Nuquí a semana epidemiológica 42 de 2026 (no asociados al ATE) presenta aumento en DNT en menores de 5 años y leptospirosis, los demás EISP priorizados se mantienen dentro de los valores esperados. Situación en seguimiento y sujeta a cambios por parte del Grupo de Factores de Riesgo Ambiental (GFRA) del Instituto Nacional de Salud (INS).

*Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS). Capsula Informativa No. 1, 04 de noviembre de 2026. Defensoría del Pueblo. (2026). "Urge atención humanitaria para cerca de 500 indígenas desplazados en Nuquí, Chocó", publicación por medio de comunicación, portal web de la Defensoría del Pueblo 01 noviembre 2026. Obtenido de: **https://www.defensoria.gov.co/web/guest/w/urge-atencion-humanitaria-para-cerca-de-500-indigenas-desplazados-en-nuqui-choco***

ALERTAS INTERNACIONALES

Situación fiebre amarilla en la región de África. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación 06 de noviembre de 2026

Entre el 01 de enero y el 12 de octubre de 2026, se reportaron 67 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 18 muertes, en nueve países de la región de África: Burkina Faso, Camerún, la República Centroafricana, Costa de Marfil, Ghana, Guinea, Liberia, Nigeria y Togo. Recientemente la mayor actividad del brote se ha concentrado en Burkina Faso (15 casos), Costa de Marfil (30 casos), Ghana (4 casos) y Liberia (1 caso), incluyendo áreas cercanas a las fronteras internacionales.

La exposición ocupacional y ambiental, incluyendo el trabajo en o cerca a áreas boscosas, actividades mineras y otras ocupaciones al aire libre, son factores de riesgo importantes para la infección por fiebre amarilla. El movimiento frecuente de población transfronteriza, la presencia de mosquitos vectores competentes y la cobertura de vacunación desigual aumentan el riesgo de una mayor transmisión y propagación geográfica.

Se están implementando actividades de respuesta que incluyen vigilancia e investigación de casos, pruebas de laboratorio, búsqueda activa de casos, comunicación de riesgos y participación comunitaria como actividades de vacunación en áreas afectadas y en riesgo. El 27 de octubre de 2026, la OMS evaluó el riesgo general para la salud pública asociado a la situación actual de la fiebre amarilla como moderado a nivel regional. El riesgo mundial sigue siendo bajo.

*Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Yellow fever - WHO African Region. Fecha de publicación: 06 de noviembre de 2026. Fecha de consulta: 11 de noviembre de 2026. Disponible en: **https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON624***

Enfermedad del Ébola causada por el virus Bundibugyo en República Democrática del Congo, Kenia y Nigeria. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación 06 de noviembre de 2026

Desde la notificación del brote en mayo de 2026, hasta el 03 de noviembre, se han notificado 10 668 casos confirmados, incluyendo 5 198 muertes, para una letalidad del 48,7 %. Los casos se han reportado en 67 zonas sanitarias de ocho provincias de República Democrática del Congo (RDC), con transmisión activa en curso en 51 zonas sanitarias. La alta proporción de muertes que ocurren

en las comunidades, especialmente en niños menores de cinco años, continúa evidenciando desafíos significativos en la detección temprana de casos, así como barreras en el acceso oportuno a los servicios de salud y a una atención adecuada y de calidad.

La elevada transmisión en la RDC indica la necesidad constante de preparación en la región, incluyendo la vigilancia transfronteriza, el control de los puntos de entrada, la detección oportuna de casos y medidas coordinadas de preparación y respuesta.

Hasta el 03 de noviembre de 2026, el número de casos confirmados acumulados reportados en Kenia se mantiene en nueve (9). El 20 de octubre de 2026, Nigeria notificó un caso importado de en enfermedad por el virus de Bundibugyo (BVD) confirmado por laboratorio en el territorio de la Capital Federal de Abuja. El 26 de octubre de 2026, Suiza informó sobre la evacuación médica del paciente, que permanece aislado y recibe atención médica en Ginebra. Ningún país nuevo ha notificado casos desde el 20 de octubre, sin embargo, dos países han evacuado médicamente a ciudadanos con casos confirmados: Suiza y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Con base en la información disponible, la OMS desaconseja cualquier restricción de viajes o comercio con los Estados Parte que estén experimentando o respondiendo a la emergencia de salud pública.

La última evaluación de riesgos se realizó el 14 de agosto por parte de la OMS, permaneciendo muy alto para la RDC, alto para los países que comparten fronteras terrestres con la RDC y bajo para el resto de la región africana y a nivel mundial.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Ebola disease caused by Bundibugyo virus - Democratic Republic of the Congo, Kenya and Nigeria. Fecha de publicación: 06 de noviembre de 2026. Fecha de consulta: 11 de noviembre de 2026. Disponible en: ***https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON625***

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 44 de 2026

Salud

Instituto Nacional de Salud

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 44

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			Intoxicaciones por medicamentos		
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 confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	44	1	2	501	36	37	945	24	162	133	10	22	3	0	1	1	0	0	19	1	1
Antioquia	499	12	17	19009	1474	1661	3980	253	590	1376	110	171	40	4	6	234	58	2	3523	307	339
Arauca	100	3	5	946	66	94	2690	84	281	818	22	71	28	1	0	1	1	0	79	9	8
Atlántico	82	6	4	3794	288	294	4342	314	797	1809	181	302	29	8	5	4	1	0	551	57	55
Barranquilla D.E.	11	0	1	4388	289	337	3298	415	516	1458	221	201	36	8	10	4	2	0	584	57	56
Bogotá D.C.	1	0	0	21934	1854	2041	0	0	0	0	0	0	0	0	0	110	19	13	4268	336	438
Bolívar	230	10	3	2607	222	188	10484	332	1995	4190	167	710	124	7	15	3	0	0	259	22	18
Boyacá	62	1	1	6410	516	513	299	17	39	137	7	17	4	0	0	4	1	0	404	46	38
Buenaventura D.E.	19	0	1	118	11	7	192	30	45	73	12	21	3	0	1	0	0	0	31	4	7
Caldas	58	3	1	3956	301	336	190	12	36	76	8	18	0	0	0	8	1	1	519	50	59
Santiago de Cali D.E.	9	0	0	5091	410	424	1174	560	155	459	220	59	13	7	5	3	28	0	1024	91	85
Caquetá	144	4	1	1110	95	100	457	38	34	236	20	14	12	0	0	1	0	1	74	7	5
Cartagena de Indias D.T.	23	0	0	2407	154	221	3646	594	526	694	248	92	35	11	3	1	0	0	348	25	24
Casanare	155	3	4	2028	137	189	3687	75	245	1106	31	67	22	2	1	1	0	0	126	13	17
Cauca	99	3	1	5643	457	451	255	67	49	88	27	18	8	1	1	6	2	1	298	25	38
Cesar	240	8	5	2989	211	275	6960	258	548	3801	157	249	50	4	1	2	1	0	341	28	36
Chocó	191	5	4	298	19	19	1174	87	154	247	17	30	7	1	1	0	0	0	43	2	8
Córdoba	339	9	4	4820	385	371	3218	374	329	1452	177	168	13	2	1	1	0	0	536	49	49
Cundinamarca	76	1	1	14610	1128	1308	2178	163	510	832	79	189	20	1	3	20	4	0	1237	104	119
Guainía	7	0	0	247	15	16	11	4	2	3	1	1	0	0	0	1	0	0	7	1	1
Guaviare	65	0	1	367	63	30	625	31	111	184	8	38	4	0	0	0	0	0	14	2	0
Huila	135	3	0	6461	404	586	1123	144	171	461	55	64	57	5	7	11	2	1	368	32	32
La Guajira	124	3	4	2192	253	167	3198	160	62	1719	113	29	56	4	4	3	1	0	144	10	9
Magdalena	140	9	4	2236	196	149	6133	118	828	2984	79	372	39	2	3	1	2	0	203	17	13
Meta	246	5	6	4308	335	435	14395	326	971	4294	123	280	137	3	17	7	9	0	334	32	40
Nariño	114	2	1	7161	570	634	711	84	73	278	28	29	5	1	0	3	0	0	588	59	46
Norte de Santander	299	7	15	6919	498	576	6320	337	817	2276	169	226	78	6	6	20	14	0	538	49	47
Putumayo	115	2	4	1792	143	146	423	51	82	118	18	18	6	0	0	1	0	0	97	13	14
Quindío	13	0	0	3137	224	276	453	28	112	111	10	28	14	0	2	2	2	0	252	22	23
Risaralda	58	2	2	4259	316	386	241	21	66	96	9	27	2	1	0	21	3	5	524	52	59
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	339	28	28	51	10	18	18	5	7	1	0	0	1	0	0	16	1	0
Santa Marta D.T.	39	0	1	1884	135	178	2165	85	92	957	51	31	7	1	0	1	0	0	210	21	19
Santander	183	3	3	7868	581	666	7851	466	1413	3032	208	560	56	4	12	91	4	6	848	72	89
Sucre	84	2	2	2634	208	214	2637	195	553	1174	123	222	21	4	5	2	0	0	242	24	21
Tolima	128	3	3	7286	542	698	3619	420	767	1213	196	279	51	4	8	7	2	1	487	44	49
Valle del Cauca	63	2	1	8843	646	771	2586	451	741	883	164	250	34	2	14	5	5	0	738	77	64
Vaupés	36	1	2	226	14	27	98	2	14	7	0	0	0	0	0	1	0	0	10	1	0
Vichada	45	1	1	233	22	26	140	16	23	38	4	3	1	0	1	0	0	0	11	1	3
Total nacional	4.276	114	105	171.052	13.245	14.875	101.949	6.646	13.927	38.831	3.078	4.883	1.016	94	133	582	163	31	19.895	1.760	1.929

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 44

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases			Intoxicaciones por sustancias psicoactivas		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiologico.		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	27	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	12	1	1	12	1	1	4	1	0
Antioquia	634	56	53	15	3	0	8	2	1	117	8	12	622	52	57	622	52	57	1090	93	102
Arauca	123	10	9	0	0	0	0	0	0	8	0	0	50	3	5	50	3	5	8	0	1
Atlántico	89	8	1	3	0	0	1	0	0	55	4	2	156	12	19	156	12	19	102	10	6
Barranquilla D.E.	80	10	11	2	1	0	2	0	0	59	4	2	216	12	12	216	12	12	249	21	20
Bogotá D.C.	322	24	28	13	2	3	16	0	1	161	12	15	1000	81	109	1000	81	109	2407	184	235
Bolívar	121	11	17	2	1	0	4	1	0	32	2	5	151	9	15	151	9	15	73	20	2
Boyacá	128	14	12	0	0	0	0	0	0	29	2	4	110	8	4	110	8	4	52	11	7
Buenaventura D.E.	18	3	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	23	1	2	23	1	2	2	0	0
Caldas	145	14	7	2	1	0	0	0	0	24	2	3	79	9	8	79	9	8	114	14	6
Santiago de Cali D.E.	131	16	9	3	1	0	3	1	0	37	3	2	255	23	18	255	23	18	265	40	22
Caquetá	104	9	8	0	0	0	1	0	0	15	1	4	55	2	4	55	2	4	25	3	1
Cartagena de Indias D.T.	42	6	2	1	0	1	2	0	0	17	2	0	67	7	6	67	7	6	32	11	6
Casanare	84	7	8	0	0	0	0	0	0	8	1	1	45	3	5	45	3	5	38	4	2
Cauca	271	26	28	5	1	4	2	0	0	17	0	0	103	7	12	103	7	12	40	6	3
Cesar	169	14	13	3	1	1	2	0	0	45	2	4	143	13	27	143	13	27	95	7	5
Chocó	64	4	7	2	1	0	0	0	0	10	0	0	34	1	1	34	1	1	5	0	1
Córdoba	288	22	28	6	1	1	2	0	0	68	5	2	258	20	17	258	20	17	271	32	11
Cundinamarca	299	31	24	12	1	0	4	0	2	55	4	6	284	22	37	284	22	37	294	26	21
Guainía	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	1	5	0	1	3	0	0
Guaviare	29	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	16	2	0	16	2	0	113	4	27
Huila	283	30	28	1	0	0	2	0	0	38	2	6	150	10	12	150	10	12	105	17	7
La Guajira	95	6	3	1	0	0	0	0	0	27	1	0	101	8	5	101	8	5	29	2	0
Magdalena	80	8	9	1	0	0	0	0	0	18	3	3	64	6	1	64	6	1	17	2	1
Meta	207	23	22	0	0	0	0	0	0	45	2	3	165	15	20	165	15	20	183	14	24
Nariño	288	37	35	6	0	0	3	0	0	30	2	1	191	21	11	191	21	11	195	24	13
Norte de Santander	303	28	16	0	0	0	0	0	0	54	4	7	213	18	22	213	18	22	116	12	7
Putumayo	159	20	21	0	0	0	0	0	0	21	1	1	84	7	8	84	7	8	29	4	7
Quindío	74	9	6	0	0	0	0	0	0	9	1	0	99	3	8	99	3	8	258	14	16
Risaralda	113	13	8	6	0	0	1	1	0	24	2	1	132	12	15	132	12	15	115	14	6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	1	8	1	1	5	0	0
Santa Marta D.T.	29	3	4	0	0	0	0	0	0	12	1	1	40	2	0	40	2	0	25	4	3
Santander	237	19	10	2	0	0	2	0	0	59	4	1	197	17	14	197	17	14	153	12	10
Sucre	99	10	10	3	1	2	0	0	0	23	2	2	133	11	11	133	11	11	33	2	4
Tolima	227	21	22	5	0	1	1	0	0	23	1	3	131	10	15	131	10	15	92	8	10
Valle del Cauca	195	24	23	29	2	7	1	0	0	90	2	3	215	16	14	215	16	14	585	40	34
Vaupés	25	1	5	1	0	0	0	0	0	3	0	0	7	1	0	7	1	0	4	1	0
Vichada	7	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	4	1	0	2	0	0
Total nacional	5.593	543	491	127	18	20	57	5	4	1.237	81	94	5.618	446	517	5.618	446	517	7.228	659	620

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 44

Decremento
Incremento

	IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Leptospirosis			IRAG inusitado			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos probables y casos confirmados por laboratorio			Casos probables y los criterios del evento			Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por laboratorio			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias		
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	0	0	0	16	1	0	1	0	0	2117	282	116	2	2	0	5228	549	329
Antioquia	76	5	7	450	17	38	688	12	10	73	5	5	9004	751	937	249	28	45	817940	79898	73179
Arauca	28	2	1	3	1	3	30	1	0	27	2	0	195	7	8	8	2	0	20656	2198	1798
Atlántico	12	1	0	5	2	5	56	2	0	12	0	1	0	0	0	8	4	2	135878	12039	14853
Barranquilla D.E.	21	1	1	9	4	9	101	6	1	21	1	1	0	0	0	20	10	5	191156	17870	21199
Bogotá D.C.	2	0	0	309	8	28	109	1	4	2	0	0	0	0	0	181	38	29	1385624	133276	138169
Bolívar	3	0	0	2	1	2	96	5	2	3	0	0	2050	104	228	29	3	6	112964	11336	10867
Boyacá	3	0	0	2	1	2	50	1	0	3	0	0	188	0	4	34	3	4	104719	11859	8330
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	2	0	84	0	1	0	0	0	1814	136	174	16	2	2	8710	1150	650
Caldas	23	1	1	9	22	9	61	1	0	22	1	0	10	2	2	28	1	4	67587	7741	5868
Santiago de Cali D.E.	83	1	0	100	8	4	86	2	0	83	1	2	7	1	5	100	13	14	192970	22045	16158
Caquetá	6	0	1	5	4	5	197	2	0	5	0	0	395	22	59	23	3	2	26916	2957	1803
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	4	4	4	155	9	2	2	0	0	3	0	1	22	4	6	152886	17550	16811
Casanare	7	1	0	1	1	1	37	0	0	7	1	0	25	1	1	11	2	0	22184	2495	1812
Cauca	12	0	0	13	4	13	82	1	0	12	0	0	2340	225	179	43	3	6	81708	9227	6297
Cesar	36	2	1	3	2	3	30	0	1	36	2	3	10	2	0	57	2	15	91919	10683	8525
Chocó	3	1	0	8	1	8	112	1	0	3	1	1	30993	2090	3511	22	2	5	20707	1846	1407
Córdoba	4	0	1	3	1	3	96	3	3	3	0	0	4897	720	488	28	2	3	172743	14629	13031
Cundinamarca	8	1	1	15	6	15	132	3	2	8	1	1	0	0	0	70	10	7	297356	26853	26151
Guainía	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	3712	297	493	0	0	0	1498	201	102
Guaviare	0	0	0	0	1	0	27	1	2	0	0	0	1573	98	241	5	1	2	5616	535	440
Huila	27	1	0	8	4	8	204	5	3	27	1	0	0	0	0	28	6	1	68723	9587	4646
La Guajira	11	1	1	1	2	1	29	1	0	11	2	1	20	2	5	12	3	1	245566	16420	26040
Magdalena	5	0	0	0	0	0	40	1	0	5	1	0	15	1	2	20	3	2	106002	8834	9139
Meta	17	1	0	17	13	17	51	1	0	17	1	0	1668	48	193	13	2	1	74728	6249	6075
Nariño	10	0	2	23	9	23	67	1	0	9	0	1	3391	688	259	81	6	18	98111	13277	7961
Norte de Santander	4	0	0	30	1	30	100	2	0	4	0	0	1020	95	85	102	8	26	129388	12897	9889
Putumayo	4	0	0	5	4	5	31	0	0	4	0	0	70	4	7	8	3	2	33807	2227	2931
Quindío	3	0	0	12	4	12	91	3	0	3	0	0	2	1	0	13	2	2	41166	5241	3378
Risaralda	11	0	1	3	2	3	186	2	3	11	0	1	3113	298	331	66	6	12	83791	9270	5836
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	5473	667	643
Santa Marta D.T.	6	0	0	2	2	2	81	3	1	6	0	0	0	0	0	16	1	2	49808	2717	5051
Santander	8	0	1	4	1	4	228	2	0	7	0	0	14	1	2	136	7	20	212058	15599	16891
Sucre	2	0	1	0	0	0	111	2	6	2	0	1	59	6	8	32	1	12	84915	8209	7233
Tolima	17	1	0	15	7	15	637	9	10	17	1	0	19	0	1	26	4	5	113939	10784	8806
Valle del Cauca	40	1	0	13	9	13	110	2	1	41	1	1	21	9	2	51	6	15	111396	12051	9266
Vaupés	11	1	0	0	0	0	4	0	0	11	1	2	1175	233	204	10	3	2	5861	322	788
Vichada	1	0	1	0	0	0	13	0	0	1	0	1	1699	129	59	2	0	0	2562	350	266
Total nacional	507	19	21	1.076	45	89	4.238	376	385	499	19	22	71.621	6.325	7.441	1.577	201	279	5.384.259	521.638	492.618

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 44

Decremento
Incremento

	Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en salsa general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	115	15	12	0	0	0	2546	316	231	14	15	14	0	0	0	1	0	1
Antioquia	31472	2711	2338	3281	727	515	361326	31296	35171	658	708	658	10	12	1	516	56	44
Arauca	2994	150	455	52	7	12	7154	610	619	42	51	42	2	1	0	25	1	2
Atlántico	2879	253	245	1854	247	248	53129	4270	5538	114	196	114	2	3	0	60	4	2
Barranquilla D.E.	10747	520	1138	1521	241	384	69773	5889	10537	167	229	167	1	2	0	144	7	6
Bogotá D.C.	60130	4945	4790	7876	1327	1419	680730	58202	66038	625	671	625	18	12	0	1288	106	110
Bolívar	2675	278	195	358	111	55	26266	2576	2419	162	189	162	7	3	0	35	2	1
Boyacá	6041	466	479	350	79	51	43997	3820	4413	94	115	94	4	2	0	155	14	9
Buenaventura D.E.	40	9	6	8	2	0	2783	251	259	44	66	44	0	1	0	2	0	0
Caldas	2657	220	141	1031	145	119	29556	2486	2470	65	78	65	2	2	0	39	7	3
Santiago de Cali D.E.	5416	415	364	492	96	59	85856	8582	9317	221	251	221	3	3	0	122	20	13
Caquetá	1912	138	97	30	4	9	13362	1266	1222	43	54	43	0	2	0	27	4	2
Cartagena de Indias D.T.	9537	412	568	1611	217	308	45868	4005	4245	138	201	138	1	3	0	53	6	4
Casanare	338	61	23	120	15	11	9273	888	780	45	62	45	2	2	0	45	2	1
Cauca	3601	265	178	220	68	59	31941	4969	2538	172	202	172	3	3	0	61	10	8
Cesar	4955	586	500	371	108	85	21353	2385	2185	180	220	180	1	4	0	67	4	1
Chocó	1090	126	90	34	3	6	15280	1049	1159	127	153	127	0	2	0	3	0	0
Córdoba	9022	597	677	1652	254	318	39422	3683	3272	213	320	213	3	5	0	173	13	7
Cundinamarca	13354	978	1090	947	263	185	142543	12744	12787	298	343	298	5	7	0	377	33	30
Guainía	80	23	3	0	0	0	1316	120	95	16	16	16	0	0	0	0	0	0
Guaviare	950	36	72	60	9	9	3912	238	327	7	12	7	1	0	0	6	1	0
Huila	4499	321	376	595	76	114	35492	4157	3411	133	148	133	7	3	0	125	13	10
La Guajira	3355	607	327	524	67	52	38951	4513	5153	245	338	245	0	3	0	34	2	5
Magdalena	4056	247	560	28	9	7	29477	2743	2354	106	153	106	1	2	0	23	2	1
Meta	3008	193	236	223	66	46	39446	3847	3177	126	154	126	6	2	0	57	7	3
Nariño	6683	374	482	166	24	25	40669	5250	3328	141	166	141	7	3	0	127	13	16
Norte de Santander	8786	720	544	751	123	99	46845	4839	4476	141	187	141	5	3	0	147	17	7
Putumayo	1368	96	140	42	5	4	11956	1020	933	28	50	28	3	1	0	43	3	2
Quindío	2149	206	132	413	58	58	27227	2358	2139	49	49	49	0	1	0	41	3	2
Risaralda	2552	317	125	247	47	23	33809	3334	2973	86	88	86	2	2	0	44	5	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	635	64	68	15	0	1	2525	254	316	7	11	7	0	0	0	6	0	1
Santa Marta D.T.	3109	216	281	675	132	81	17512	1308	1697	86	78	86	2	2	0	19	1	1
Santander	14862	1177	1252	2180	370	352	85730	6744	9782	155	189	155	4	4	0	67	9	3
Sucre	6127	690	464	919	298	200	22439	2246	2183	119	150	119	3	2	0	49	4	3
Tolima	7746	469	543	397	59	59	54091	4897	4879	92	130	92	5	3	0	46	5	4
Valle del Cauca	3010	235	203	851	102	93	61260	5458	5570	142	175	142	4	4	1	130	11	5
Vaupés	116	13	8	0	2	0	2554	116	300	8	12	8	0	0	0	5	0	1
Vichada	7	5	1	2	1	1	1368	143	118	38	33	38	0	1	0	2	0	0
Total nacional	242.073	19.154	19.203	29.896	5.351	5.067	2.238.737	202.874	218.411	5.147	6.265	5.147	117	99	2	4.164	385	311

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 44

Decremento
Incremento

	Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			Covid 19			Infecciones asociadas a dispositivos IAD			infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos IAPMQ		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados porlaboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados porlaboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	2	1	0	7	0	1	102	5	12	1	0	0	2	0	0	0	0	0
Antioquia	16	6	0	1193	46	67	2327	192	161	372	24	32	561	53	42	1048	60	58
Arauca	1	1	0	52	1	5	227	8	47	64	8	7	99	2	0	18	2	0
Atlántico	0	0	0	29	1	1	760	58	70	34	0	1	149	3	4	76	3	4
Barranquilla D.E.	0	0	0	58	5	6	872	65	45	82	1	5	333	14	0	380	30	12
Bogotá D.C.	802	5	20	1068	65	43	4278	318	405	1590	127	79	700	78	50	1446	96	71
Bolívar	2	0	0	31	2	1	432	27	27	17	1	1	128	6	14	14	1	2
Boyacá	19	1	0	136	3	2	641	48	56	190	21	10	64	6	4	148	9	7
Buenaventura D.E.	0	1	0	4	0	1	29	1	1	1	0	0	6	0	0	5	1	0
Caldas	2	1	0	28	2	0	400	30	33	20	5	1	191	6	1	326	14	28
Santiago de Cali D.E.	1	0	0	38	3	0	814	89	40	111	9	18	543	22	0	871	48	64
Caquetá	1	0	0	5	0	0	207	10	15	13	7	1	56	2	0	23	1	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	62	2	4	427	40	33	31	0	1	252	10	0	230	21	17
Casanare	3	0	0	46	0	0	244	20	28	28	7	5	15	3	2	34	2	1
Cauca	3	0	0	34	1	1	254	20	14	122	17	15	52	6	2	133	8	7
Cesar	0	0	0	73	3	2	591	30	37	22	3	2	349	12	4	654	47	20
Chocó	0	1	0	128	4	8	26	4	4	11	1	0	7	1	0	0	0	0
Córdoba	1	0	0	22	2	1	1130	92	54	44	0	1	419	13	9	327	29	9
Cundinamarca	280	3	4	192	15	9	2195	143	187	286	23	12	148	13	14	143	14	8
Guainía	3	1	0	3	0	0	32	1	0	1	0	0	5	1	0	0	0	0
Guaviare	1	1	0	3	0	0	33	4	1	8	1	0	31	6	3	0	0	0
Huila	16	1	1	39	4	2	538	42	51	27	4	2	148	0	1	227	20	11
La Guajira	0	0	0	34	2	0	416	21	39	23	3	0	61	9	4	67	5	2
Magdalena	0	1	0	18	1	0	287	22	12	4	0	0	57	5	6	0	0	0
Meta	14	1	1	126	4	3	412	45	23	38	5	2	252	7	7	126	7	4
Nariño	3	1	0	75	5	5	790	62	82	22	1	2	84	8	9	172	10	4
Norte de Santander	1	0	0	108	3	5	1290	79	65	68	5	4	539	9	5	256	21	12
Putumayo	1	1	0	25	0	1	163	15	19	21	5	2	22	2	3	8	3	0
Quindío	1	1	0	23	1	2	278	27	15	59	8	10	72	5	3	84	9	9
Risaralda	1	1	0	81	3	2	394	31	21	21	2	2	183	4	1	74	3	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	1	0	3	0	0	78	2	6	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	17	7	0	213	10	15	9	0	0	94	4	0	168	11	4
Santander	1	0	0	182	7	3	990	66	73	95	6	2	406	9	8	316	28	11
Sucre	4	1	0	33	7	0	478	53	39	33	1	3	196	3	3	255	11	9
Tolima	8	1	0	27	3	0	641	69	67	49	5	2	40	11	3	175	16	3
Valle del Cauca	0	0	0	13	1	0	941	78	69	46	9	3	387	5	9	55	9	4
Vaupés	1	1	0	114	2	2	43	0	10	3	0	0	3	0	0	0	0	0
Vichada	4	1	0	32	0	2	75	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	1.192	55	26	4.162	200	179	24.048	1.930	1.876	3.568	309	225	3.015	336	211	7.859	535	381

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 44

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, BD		Hepatitis C		Intento de Suicidio	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	56	44	0	0	21	23	0	2	72	83
Antioquia	1	1	0	0	1891	2237	0	0	264	291	219	376	4803	5230
Arauca	2	0	0	0	241	146	0	0	27	99	1	5	161	200
Atlántico	1	0	0	0	367	300	0	0	50	41	25	24	839	844
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	231	181	0	1	60	40	37	49	830	881
Bogotá D.C.	1	0	0	0	2757	2066	0	0	278	421	413	569	4826	5548
Bolívar	0	2	0	0	434	492	0	0	29	34	3	6	501	472
Boyacá	2	0	0	0	445	476	0	0	22	64	13	15	956	828
Buenaventura D.E.	0	1	0	0	133	114	0	0	8	5	1	5	87	97
Caldas	0	0	0	0	167	172	0	1	45	66	11	25	1036	1103
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	427	416	0	0	84	76	125	133	1542	1745
Caquetá	0	0	0	0	164	112	0	0	26	19	1	4	218	190
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	315	480	0	0	34	31	15	17	495	562
Casanare	7	1	0	0	275	177	0	0	35	102	3	5	264	267
Cauca	0	0	0	0	281	312	0	1	54	73	11	12	751	814
Cesar	3	0	0	0	684	870	0	0	53	77	6	11	513	559
Chocó	0	0	0	0	722	822	0	0	34	40	2	2	106	166
Córdoba	1	2	0	0	504	538	0	0	85	74	6	15	943	1033
Cundinamarca	1	0	0	0	1119	1010	0	0	97	138	45	63	2090	2583
Guainía	0	0	0	0	48	27	0	0	2	1	0	0	27	27
Guaviare	0	0	0	0	83	53	0	0	50	54	0	1	57	55
Huila	0	0	0	0	396	354	0	1	48	70	8	10	731	759
La Guajira	0	0	0	0	1819	1492	0	0	32	37	4	3	269	349
Magdalena	0	0	0	0	565	551	0	0	29	21	2	4	326	368
Meta	1	0	0	0	377	410	0	0	30	60	7	14	642	609
Nariño	0	0	0	0	594	640	0	0	74	103	8	16	1304	1335
Norte de Santander	1	1	0	0	631	507	0	0	153	263	27	16	994	1142
Putumayo	0	1	0	0	174	152	0	0	56	61	1	3	274	244
Quindío	0	0	0	0	86	75	0	0	22	30	38	22	453	453
Risaralda	0	0	0	0	361	519	0	0	46	63	47	57	1095	1057
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	9	18	0	0	1	2	1	0	23	31
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	110	140	0	0	23	21	8	14	272	298
Santander	4	1	0	1	429	437	0	0	88	161	19	23	1451	1612
Sucre	1	0	0	0	246	368	0	0	27	28	2	3	446	446
Tolima	2	0	0	0	329	325	0	0	47	39	15	32	1040	1042
Valle del Cauca	0	0	0	0	450	491	0	0	52	95	29	58	1190	1307
Vaupés	0	0	0	0	52	27	0	0	13	46	0	0	71	81
Vichada	0	0	0	0	251	200	0	0	10	12	0	5	24	37
Total nacional	30	10	0	1	18.221	17.751	1	4	2.109	2.881	1.153	1.619	31.722	34.457

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 44

Decremento
Incremento

	Leishmaniasis Cutanea		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 laboratorio		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 2026	Esperado	Acumulado 2026	Esperado	Acumulado 2026	Esperado	Acumulado 2026	Esperado	Acumulado 2026	Esperado	Acumulado 2026	Esperado	Acumulado 2026	Esperado
Amazonas	13	10	0	0	1	0	3	1	2	1	1	9	3	3
Antioquia	929	559	15	14	6	5	27	25	11	7	118	477	131	114
Arauca	16	12	1	0	0	1	3	2	1	0	5	1	28	12
Atlántico	1	5	6	1	1	0	9	4	6	0	27	31	40	21
Barranquilla D.E.	0	0	5	0	1	2	5	8	2	1	22	23	42	18
Bogotá D.C.	0	0	17	14	1	1	30	28	0	1	134	992	92	79
Bolívar	353	336	6	3	2	1	10	11	7	3	21	5	41	23
Boyacá	160	89	4	2	1	0	4	3	1	1	22	19	19	8
Buenaventura D.E.	15	29	2	2	0	3	4	3	2	2	6	3	19	16
Caldas	177	86	1	1	0	0	1	0	0	0	18	12	17	12
Santiago de Cali D.E.	2	0	5	1	1	0	7	1	1	1	38	41	25	29
Caquetá	219	146	2	3	0	0	6	2	4	0	7	7	7	5
Cartagena de Indias D.T.	2	1	5	4	1	0	9	7	2	0	17	34	63	27
Casanare	8	6	2	3	1	0	2	2	1	0	8	10	34	15
Cauca	47	20	7	7	4	2	9	3	1	2	27	4	20	8
Cesar	189	284	10	5	5	3	9	12	11	11	25	29	34	20
Chocó	215	150	10	9	20	11	29	34	37	25	10	12	43	30
Córdoba	176	107	8	2	1	1	12	15	7	1	34	30	25	15
Cundinamarca	173	96	9	8	0	0	9	7	0	0	61	150	59	31
Guainía	15	13	1	0	1	0	3	1	1	1	2	1	6	4
Guaviare	268	165	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4	2
Huila	8	13	4	3	0	1	5	5	3	0	21	47	17	13
La Guajira	23	28	18	12	21	15	39	30	37	29	18	3	54	28
Magdalena	6	10	7	6	1	4	9	8	12	3	16	5	27	7
Meta	178	114	5	1	1	1	5	10	6	2	20	29	41	50
Nariño	191	107	9	4	2	2	8	7	3	0	29	40	14	14
Norte de Santander	193	135	6	0	2	0	4	5	4	0	29	66	74	30
Putumayo	207	54	2	1	1	2	2	0	1	1	7	9	7	11
Quindío	1	0	1	3	0	0	2	1	0	0	9	12	9	11
Risaralda	113	91	3	3	7	3	6	14	7	1	17	12	23	9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	1	0
Santa Marta D.T.	10	14	3	2	2	1	3	3	0	1	10	19	17	11
Santander	566	748	4	0	1	1	6	2	1	0	41	41	56	20
Sucre	92	73	3	3	0	1	5	2	2	0	18	22	13	11
Tolima	214	89	5	5	2	2	8	6	1	1	24	36	26	21
Valle del Cauca	15	9	2	1	2	2	9	4	3	1	36	60	33	24
Vaupés	33	13	0	0	2	2	3	0	2	0	2	1	1	3
Vichada	29	31	3	1	2	3	4	3	8	8	3	0	9	7
Total nacional	4.857	3.643	188	124	99	70	324	269	189	104	904	2.296	1.189	762

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 44

Decremento
Incremento

	Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	17	20	0	0	56	58	2	2	19	28	593	495
Antioquia	1067	1246	2	2	3296	4165	111	112	2416	2212	20317	18482
Arauca	152	130	0	0	123	121	2	1	76	89	1102	1224
Atlántico	310	287	1	0	424	574	18	27	381	351	2218	2128
Barranquilla D.E.	338	303	1	2	746	885	23	45	687	495	2330	2652
Bogotá D.C.	777	876	0	0	1155	1280	34	32	3274	2684	28489	27618
Bolívar	265	256	2	3	172	190	4	3	185	147	2141	2083
Boyacá	89	86	0	1	158	213	2	2	160	153	3844	3830
Buenaventura D.E.	123	108	0	0	151	181	6	8	94	82	319	268
Caldas	123	139	0	0	298	322	4	4	271	273	2768	3003
Santiago de Cali D.E.	420	533	0	0	1321	1355	44	46	1128	935	6726	5436
Caquetá	76	77	0	0	228	252	6	10	85	89	997	855
Cartagena de Indias D.T.	315	348	1	0	381	482	5	8	496	345	1347	1663
Casanare	122	143	0	0	136	169	5	4	119	159	811	958
Cauca	162	187	0	2	264	281	3	1	240	272	3048	3081
Cesar	278	262	1	0	390	422	4	11	313	306	1809	1898
Chocó	216	179	0	0	206	226	2	2	73	94	401	499
Córdoba	261	248	3	2	249	296	6	3	515	464	3045	3179
Cundinamarca	342	400	1	0	476	580	15	17	711	704	12619	13472
Guainía	16	11	0	0	22	18	0	0	6	6	193	159
Guaviare	22	14	0	0	37	51	1	0	30	29	281	381
Huila	134	155	0	2	385	450	8	7	365	310	5460	5833
La Guajira	336	272	0	1	487	681	7	12	253	373	1234	1277
Magdalena	211	219	2	0	164	193	3	5	143	150	1237	1288
Meta	225	256	0	0	605	642	20	24	266	296	2294	2440
Nariño	196	209	1	1	162	258	6	6	300	301	4094	4486
Norte de Santander	426	382	0	0	658	800	13	15	505	497	3508	3723
Putumayo	80	78	0	1	99	113	4	3	83	89	1278	1540
Quindío	83	90	0	0	252	276	4	11	245	208	2350	2174
Risaralda	160	166	0	2	558	620	21	12	475	406	3254	3068
Archipiélago de San Andrés y Providencia	7	6	0	0	9	16	0	1	12	19	207	213
Santa Marta D.T.	114	205	0	0	239	303	3	3	218	168	609	552
Santander	383	403	0	1	977	1243	25	17	592	550	5723	6207
Sucre	173	139	1	2	91	93	1	2	199	180	1583	1556
Tolima	148	158	1	1	531	696	14	16	336	345	2890	3181
Valle del Cauca	292	358	0	0	648	904	18	23	599	695	6458	6305
Vaupés	4	6	0	0	18	21	0	0	4	1	273	431
Vichada	33	33	0	0	33	23	1	0	13	21	234	226
Total nacional	8.496	8.988	15	23	16.207	19.453	444	495	15.887	14.526	138.086	137.864

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 44

1 al 7 de noviembre de 2026

TEMA CENTRAL

Vigilancia del consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, unidad de cuidados intensivos adultos, Colombia, 2021-2026

Directora General INS
Dra. Zulma Milena Cucunubá Pérez

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

Claudia Marcella Huguett Aragón
Subdirectora de Vigilancia, Control y Prevención

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: Viviana Carolina Moreno 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, Andrés Felipe Martínez Vega, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, María Fernanda Fandiño Rodríguez, Sandra Lucero Bonilla. **Brotes y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Nieves Johana Agudelo Chivata, Gustavo Vargas Tobón, Claudia Marcela Montaño Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Lady Alexandra Castillo Vargas. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcela 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.

52 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: *https://doi.org/10.33610/23576189.2026.44*