

Enfermedad de Chagas

Fortalecer la vigilancia en salud pública es proteger vidas: cada detección, notificación y acción oportuna interrumpe las cadenas de transmisión de la enfermedad de Chagas y nos acerca a generaciones libres de esta enfermedad

Semana
epidemiológica

29 de marzo al 04 de abril del 2026

13

Imagen generada por IA



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 Portal [Sivigila](#).

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



Pág.

	Tema central	3
	Comportamiento de la enfermedad de Chagas en Colombia con corte a la semana epidemiológica 12 de 2026	
	Situación nacional	9
	Mortalidad	12
	Eventos trazadores	19
	Brotes y alertas	38
	Tablas de mando por departamento	41



TEMA CENTRAL

Comportamiento de la enfermedad de Chagas en Colombia con corte a la semana epidemiológica 12 de 2026

María Alejandra Cabrera Polanía, mcabrera@ins.gov.co

La enfermedad de Chagas también conocida como tripanosomiasis americana, es causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi*. Por su gran diversidad genética se ha clasificado en siete Unidades Discretas de Tipificación (DTUs: TcI – TcVI y TcBat) ampliamente distribuidas en las Américas (1). Puede transmitirse por seis vías: vectorial por la picadura de triatominos infectados llamados coloquialmente *pitos*, *vinchuca*, chipo entre otras, oral por alimentos contaminados, congénita, por transfusión de sangre, trasplante de órganos y de manera accidental en laboratorios. Se presenta en fase aguda y crónica; su cura es posible si se trata en etapas iniciales y ha sido clasificada como una enfermedad tropical desatendida (ETD) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2).

Aunque la enfermedad es principalmente endémica en 21 países de América Latina, entre los que se encuentra Colombia, la distribución en el mundo está cambiando debido a la migración de personas de los países endémicos (3). Alrededor de 7,5 millones de personas en el mundo tienen Chagas, de las cuales más de 1,5 millones padecen cardiopatía chagásica, lo que provoca aproximadamente 10 000 muertes al año. En la región de las Américas, se estima que, más de 100 millones de personas se encuentran expuestas al vector, entre ellas alrededor de 1,7 millones de mujeres en edad fértil por lo que cada año nacen más de 9 mil niños con infección congénita (4).

La presentación de la enfermedad se debe a complejas interacciones de factores como las condiciones ambientales, cambios ecológicos, determinantes socioeconómicos y políticos, infraestructura de hogares, comportamiento humano y desde luego la presencia de huéspedes, vector y parásito (1,3). Aunque la incidencia y prevalencia general han mostrado una tendencia descendente en las últimas décadas en los países endémicos, persiste una importante carga asociada a la cardiopatía chagásica que contribuye de manera significativa a la discapacidad y mortalidad prematura (4,5). Por ende, dado que no es posible la erradicación, se deben fortalecer los programas interrupción de la transmisión al ser humano y mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de las personas infectadas. Únicamente el 10 % de las personas con enfermedad de Chagas saben que la padecen y menos del 1,0 % reciben tratamiento (6).

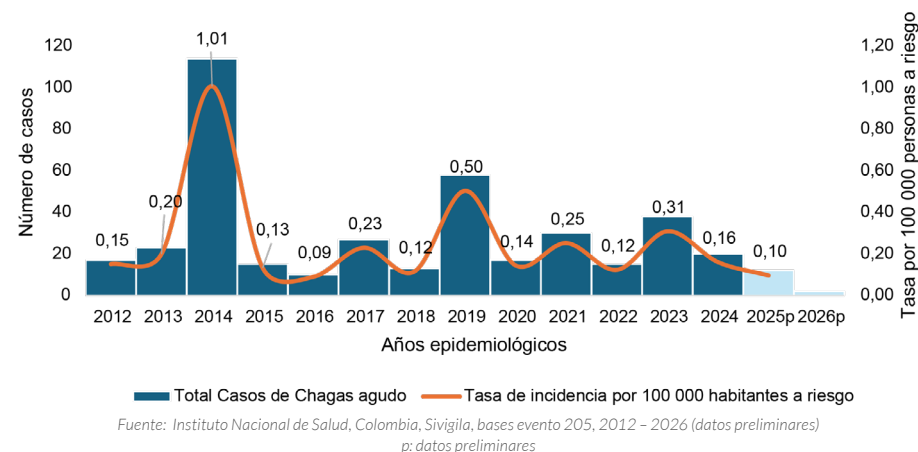
En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lidera la iniciativa para la eliminación de más de treinta enfermedades transmisibles, entre ellas la enfermedad de Chagas, integrando intervenciones clave basadas en evidencia y costo-efectivas para alcanzar metas de impacto, eliminación y desempeño programático (7). En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con el apoyo técnico del Instituto Nacional de Salud (INS) y el trabajo operativo

de las entidades territoriales, ha liderado avances en el conocimiento y control de la enfermedad. Actualmente se realiza tamizaje al 100 % de las bolsas de sangre donadas para prevenir la transmisión por transfusión, se tamizan las gestantes en el marco de la estrategia ETMI-PLUS Colombia 2021-2023, y se ha avanzado en acciones para la interrupción de la transmisión intradomiciliaria de *T. cruzi* por *Rhodnius prolixus* en nueve departamentos. Actualmente, 66 municipios han sido certificados para la interrupción de la transmisión intradomiciliaria por vía vectorial.

Aunado a lo anterior, mediante la Resolución 000119 de 2026, en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias 2025-2031 (8), que establece como objetivo la eliminación como problema de salud pública de la enfermedad de Chagas transmitida por vectores domiciliados, por vía transfusional, y por transmisión materno infantil en sus documentos técnicos (9,10). Por otro lado, el INS presentó el lineamiento técnico sobre el uso de pruebas de diagnóstico rápido (PDR) para la detección de anticuerpos contra *T. cruzi*, desarrollado en coordinación con la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi). Aunque desde 2017 el diagnóstico para la enfermedad de Chagas crónica en Colombia se basa en dos pruebas serológicas tipo ELISA, la incorporación de PDR busca reducir barreras de acceso al diagnóstico, especialmente en zonas rurales, centros de atención a inmigrantes, centros de atención para personas en situación de calle, centros de rehabilitación, brigadas o jornadas de salud, estudios de campo, equipos básicos de salud (EBS) y mujeres en etapa de gestación (11).

Desde el inicio de la vigilancia del evento a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en 2012, la incidencia de Chagas agudo ha presentado un comportamiento fluctuante. La mayor tasa en la serie histórica se registró en 2014 (1,01 casos por 100 000 habitantes en riesgo), asociada principalmente a brotes de transmisión oral y vectorial en Casanare, Santander, Meta y Tolima. Posteriormente, se evidenciaron nuevos picos en 2019, 2021 y 2023, con tasas de 0,50; 0,25 y 0,31 casos por 100 000 habitantes en riesgo, respectivamente, relacionados también con la presentación de brotes de transmisión oral. De acuerdo con los datos preliminares de 2025, la incidencia de la enfermedad de Chagas aguda en Colombia es de 0,10 por 100 000 habitantes en riesgo, correspondiente a 12 casos, inferior a la registrada en 2024 (0,16 por 100 000 habitantes en riesgo) (figura 1).

Figura 1. Tasa de incidencia de la enfermedad de Chagas aguda, Colombia 2012-2026p



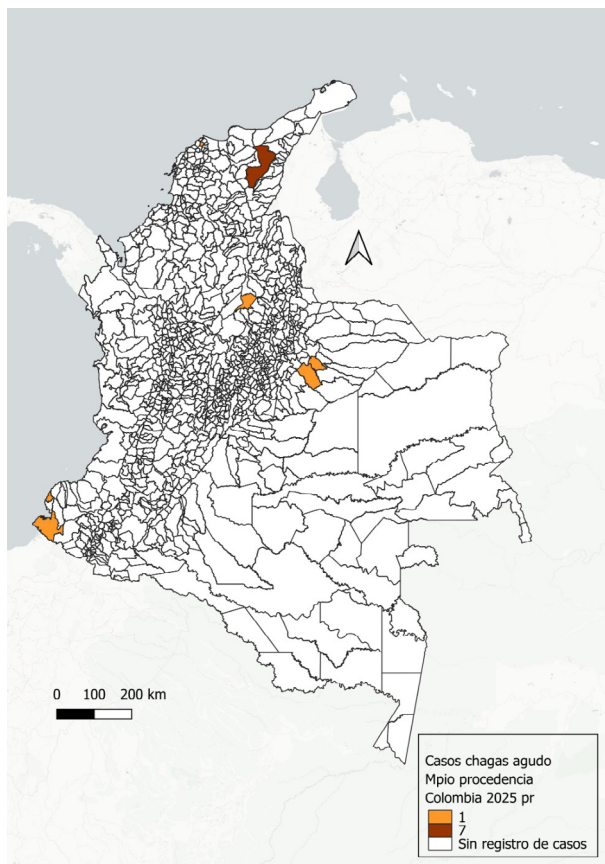
Los casos confirmados en 2025, datos preliminares, corresponden por lugar de procedencia a municipios de los departamentos de Atlántico, Casanare, Cesar, Nariño y Santander (mapa 1). Las mayores incidencias de la enfermedad de Chagas aguda, se registran en: Nunchía y Yopal (Casanare) y Barrancabermeja (Santander) con 10, 3,8 y 3,8 casos por 100 000 habitantes en riesgo respectivamente. La vía de transmisión identificada en los brotes de Yopal (Casanare) y Cesar (Valledupar) fue la oral. Los brotes restantes fueron clasificados con posible vía de transmisión vectorial. No se presentaron casos relacionados con otras vías de transmisión (tabla 1).

Respecto a las variables sociodemográficas, todos los casos (12) son nacionales; de estos nueve (9) son hombres y tres (3) mujeres, dos (2) de ellas en edad fértil. El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 19 años con el 33,3% (4) de los casos. El 66,7 % (8) de los casos se presentaron en cabecera municipal, los restantes en centros poblados y área rural dispersa, cada uno con el 16,7% (2) de los casos; el 66,7 % (8) se encontraban afiliados al régimen contributivo y el restante 33,3% (4) al subsidiado. Respecto al estrato socioeconómico el total de los casos pertenecían a los estratos 1 y 2. No se presentaron casos en la población indígena ni en mujeres gestantes.

Con respecto a las manifestaciones clínicas del evento, el 67,0 % (8) de los casos presentó solamente fiebre prolongada, en contraste, el 33,3 % (4) de los casos además de fiebre prolongada presentó signos y síntomas de falla cardíaca como disnea de esfuerzo, edema en miembros inferiores, derrame pericárdico, falla cardíaca, bradicardia, arritmia o adenopatías. Finalmente, sobre la vía

de transmisión, el 75,0 % (9) se atribuyeron a transmisión oral, mientras que el 25,0 % (3) restante a transmisión vectorial; de estos, un caso correspondió a reactivación. El 83,3 % (10) de los casos fue confirmado por laboratorio; el restante 16,7 % (2) por histopatología.

Mapa 1. Distribución de casos de enfermedad de Chagas aguda, según municipio de procedencia, Colombia 2025p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 205, 2025 (datos preliminares)
p: datos preliminares

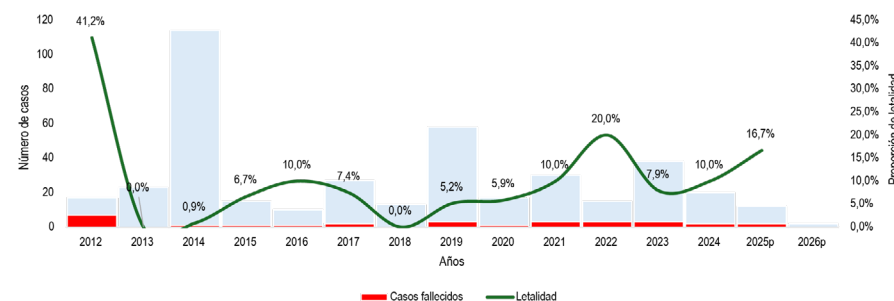
Tabla 1. Distribución de casos y fallecimientos, enfermedad de Chagas aguda, según procedencia, Colombia, 2025p

Departamento	Municipio	No. Casos	Tasa de incidencia por 100,000 habitantes en riesgo	No. Casos	Letalidad (%)	Posible vía de transmisión
Atlántico	Galapa	1	Sin dato	0	0	Vectorial
Cesar	Valledupar	7	1.23	0	0	Oral
Casanare	Nunchía	1	10.01	0	0	Vectorial
	Yopal	1*	3.81	1	100	Oral
Nariño	Tumaco	1*	0.57	1	100	Vectorial
Santander	Barrancabermeja	1	3.81	0	0	Vectorial
Colombia	Total Nacional	12	0.1	2	16.6	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 205, 2025 (datos preliminares)
p: datos preliminares

Al analizar la letalidad, se observa un comportamiento fluctuante desde el inicio de la vigilancia del evento. La mayor proporción en la serie histórica se registró en 2012 (41,2 %). Posteriormente, en 2013, mediante la Resolución 1841, se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021, el cual reconoció la enfermedad de Chagas como una enfermedad transmisible desatendida y problema prioritario en salud pública, y estableció como objetivo que la letalidad por Chagas agudo no superara el 10,0 %, en el marco de la reducción de la mortalidad evitable mediante diagnóstico y tratamiento oportuno. Con excepción de los años 2022 y 2025, el país se mantuvo dentro del umbral esperado (figura 2).

Figura 2. Letalidad por enfermedad de Chagas aguda, Colombia, 2012-2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 205, 2012-2026 (datos preliminares).
p: datos preliminares

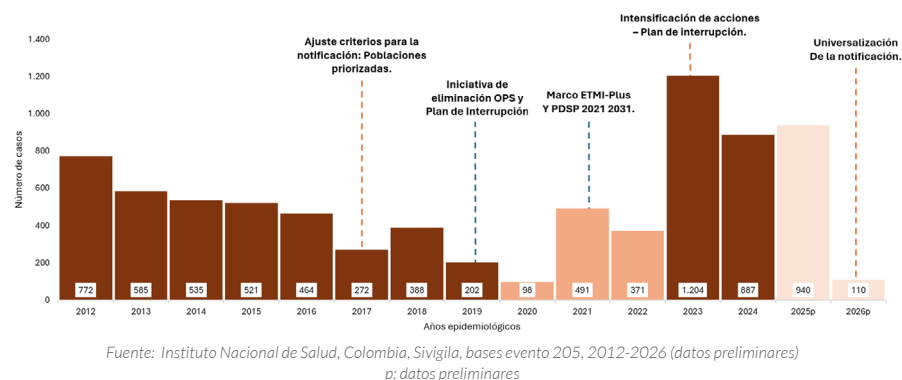
Análisis del tablero de problemas para la enfermedad de Chagas aguda, Colombia, 2025

En 2025 se confirmó la defunción de dos (2) casos por Chagas agudo que representaron una letalidad del 16,7 %, superior a la presentada en 2024 (letalidad del 10,0 %) con un aumento de 6,7 puntos porcentuales (figura 2). Estos casos se presentaron en los departamentos de Casanare y Nariño, en el contexto de dos brotes independientes; el primero de transmisión oral y el segundo de transmisión vectorial. Dentro de las características identificadas en la categoría del individuo se encontraron: bajo nivel educativo, condición de vulnerabilidad, desconocimiento de derechos y deberes y mecanismos de acceso, residencia en zona que retrasa el acceso. Mientras que, en la categoría de servicios de salud se identificó: incumplimiento de acciones de educación y comunicación en salud, fallas en la calidad de atención, falta de acciones según la caracterización poblacional, débil coordinación intersectorial e inaccesibilidad a las actividades de los Planes de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC).

Por otra parte, con corte a la semana epidemiológica 12 de 2026 (datos preliminares), se han confirmado dos (2) casos por reactivación de Chagas agudo notificado por Santander, con procedencia de Arauca (Arauca) y Chitaraque (Boyacá). Ambos casos reciben tratamiento antiparasitario y se encuentran en seguimiento clínico.

En cuanto al comportamiento de la notificación de casos confirmados de enfermedad de Chagas crónica en Colombia para el periodo 2012-2026, datos preliminares, se observan variaciones importantes que coinciden con hitos programáticos en la vigilancia e intensificación de acciones en el marco de planes de interrupción y eliminación. El aumento en el número de casos se interpreta como mayor captación diagnóstica y no necesariamente como aumento de la transmisión de la enfermedad (figura 3).

Figura 3. Comportamiento de la notificación de casos confirmados de la enfermedad de Chagas crónica, Colombia 2012-2026p

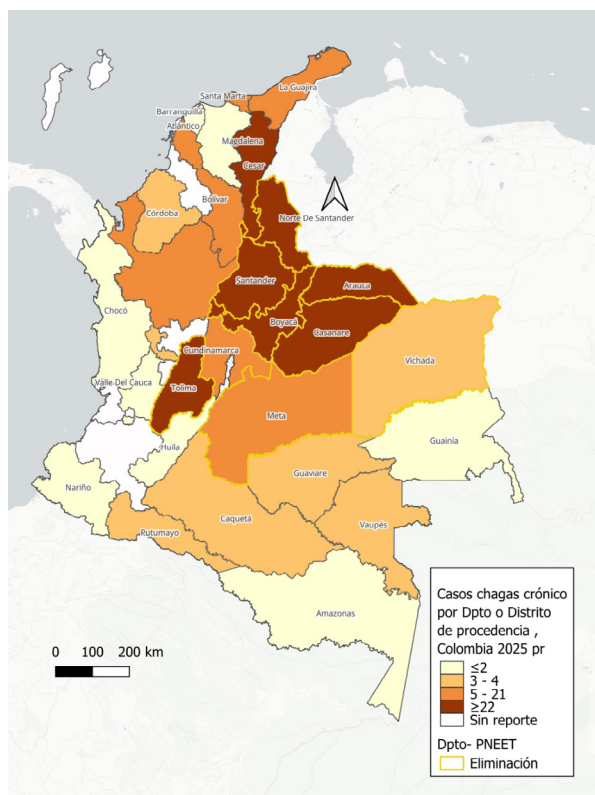


De forma preliminar para 2025, se presentaron 940 casos de enfermedad de Chagas aguda. El 83,0 % (781) fue notificado con procedencia de los departamentos que hacen parte del plan de interrupción de la enfermedad de Chagas, donde se ha intensificado y fortalecido el diagnóstico y tratamiento (mapa 2).

Al analizar el comportamiento de la notificación de casos confirmados, notificados por los departamentos que hacen parte del plan de interrupción de la enfermedad de Chagas, se observan tendencias variables al incremento, que podría sugerir un fortalecimiento en las acciones de vigilancia, búsqueda activa y diagnóstico de casos crónicos. Con corte a la semana epidemiológica 12 de 2026 (datos preliminares), se han confirmado 110 casos de enfermedad de Chagas crónica, 85,4 % (94) en departamentos que hacen parte del plan de interrupción (tabla 2).

Respecto a las variables sociodemográficas, el 99,5 % (935) son nacionales; el restante 0,5 % (5) son extranjeros con nacionalidad venezolana. Respecto al sexo, el 65,5 % (616) son mujeres, de las cuales el 57,0 % (351) se encontraban en edad fértil y de estas el 45,0 % (158) se encontraban en gestación. Según pertenencia étnica, el 13,8 % (130) se auto reconocieron como indígenas. Del total de los casos, el 47 % (442) se presentó en área rural dispersa, el 44,9 % (422) en cabeceras municipales y el restante 8,1 % (76) en centros poblados. Respecto al aseguramiento en salud, el 77,1 % (725) se encontraban afiliados al régimen subsidiado, el 20,1% (189) al régimen contributivo y el 2,7% (26) distribuidos en régimen especial o de excepción, particulares o no asegurados. Respecto al estrato socioeconómico el 99,6 % (928) de los casos pertenecían a los estratos 1, 2 y 3.

Mapa 2. Distribución de casos de la enfermedad de Chagas crónica, según departamento de procedencia, Colombia, 2025p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 205, 2025 (datos preliminares)
p: datos preliminares

Con relación a las manifestaciones clínicas del evento, el 54,0 % (508) de los casos no presentó sintomatología, en contraste, 46,0 % (432) presentaron al menos una manifestación clínica de falla cardíaca o fiebre prolongada. Finalmente, sobre la vía de transmisión, la totalidad de los casos (940) se atribuyeron a transmisión vectorial y fueron confirmados por laboratorio, según los algoritmos diagnósticos vigentes de serología o PDR. Se confirmó la defunción de dos (2) casos con antecedente de enfermedad de Chagas crónica.

Tabla 2. Distribución y tendencia de casos de la enfermedad de Chagas crónica, según departamento de procedencia, Colombia, 2021-2026p

Departamento	2021	2022	2023	2024	2025p	2026p	Gráfico de tendencia 2021 - 2025p
Arauca	35	47	124	61	48	8	— — — — —
Boyacá	47	29	323	145	178	17	— — — — —
Casanare	65	95	110	129	205	31	— — — — —
Cundinamarca	40	3	269	18	19	1	— — — — —
Meta	10	1	5	14	16	1	— — — — —
Norte de Santander	2	47	76	79	69	11	— — — — —
Santander	1	58	133	154	219	22	— — — — —
Tolima	0	5	11	13	24	2	— — — — —
Vichada	0	0	0	2	3	1	— — — — —

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases evento 205, 2021-2025 (datos preliminares)

p: datos preliminares

Conclusiones

- La enfermedad de Chagas en Colombia continúa siendo un problema de interés en salud pública con una carga persistente, caracterizada por la ocurrencia de casos agudos asociados a brotes por transmisión oral o vectorial y una alta proporción de enfermedad crónica en contextos de fortalecimiento diagnóstico en el marco de la interrupción de la transmisión intradomiciliar de *T. cruzi* por *Rhodnius prolixus* que refleja avances programáticos.
- Aunque se evidencia una reducción en la incidencia de Chagas agudo en 2025 (0,10 por 100 000 habitantes en riesgo) en comparación con 2024 (0,16), se observa un incremento en 6,7 puntos porcentuales en la letalidad, lo que sugiere oportunidades de mejora en la detección temprana, la atención oportuna y el manejo clínico de los casos.
- La identificación de brotes por transmisión oral y vectorial a partir de desenlaces fatales pone en evidencia limitaciones en el diagnóstico de los casos, que impiden la realización de acciones de vigilancia e investigación de brotes oportuna.
- La distribución de los casos, predominantemente en poblaciones vulnerables, zonas rurales y estratos socioeconómicos bajos se correlaciona con la fuerte influencia de los determinantes sociales y ambientales en la dinámica de la enfermedad.
- La alta proporción de casos de Chagas crónico en mujeres, particularmente en edad fértil y en gestación, evidencia una oportunidad estratégica para

fortalecer, en el marco de la Estrategia ETMI-PLUS, el tamizaje, diagnóstico oportuno y tratamiento, con el fin de interrumpir la transmisión congénita y avanzar en su eliminación como problema de salud pública.

- Se mantiene la ausencia de casos asociados a transmisión por transfusión sanguínea lo que, sustentado en el tamizaje universal de donantes, constituye un hito programático que requiere ser sostenido mediante el fortalecimiento continuo de la vigilancia, el aseguramiento de la calidad diagnóstica y la adherencia a los protocolos establecidos.

Recomendaciones

- Fortalecer la vigilancia en salud pública mediante la adherencia a la obligatoriedad de la notificación individual y super inmediata de casos probables de Chagas agudo e individual y semanal de casos probables de Chagas crónico, así mismo, los ajustes oportunos al Sivigila (hasta 4 semanas posteriores a la notificación) y el cargue de la información correcta en el módulo de laboratorios.

8

- Continuar con las acciones de intensificación y búsqueda activa de casos de Chagas crónico en el marco el Plan Nacional de Eliminación y Sostenimiento de la Eliminación de Enfermedades Transmisibles y Condiciones Prioritarias 2025–2031, en lo relacionado con la eliminación de la enfermedad de Chagas transmitida por vectores domiciliados, por vía transfusional, y por transmisión materno infantil en sus documentos técnicos como problema de salud pública.
- Fortalecer articulación con los laboratorios departamentales de salud pública, entomología y programa de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) para el seguimiento al diagnóstico de casos según los algoritmos de diagnósticos vigentes para casos de Chagas agudos y crónicos, la detección temprana de brotes y la respuesta inmediata a estos. Así mismo con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para el seguimiento integral de los hijos de madres positivas para Chagas crónico en estudio de la transmisión congénita en el marco de la estrategia ETMI-PLUS.

Referencias

1. Cucunubá ZM, Gutiérrez-Romero SA, Ramírez JD, Velásquez-Ortiz N, Ceccarelli S, Parra-Henao G, et al. The epidemiology of Chagas disease in the Americas. *Lancet regional health. Americas*. 2024;37: 1–28. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100881>. [citado 30 Mar 2026].
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana) [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 30 Mar 2026]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-\(american-tripanosomiasis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-tripanosomiasis))
3. Ferreira M da S, Maldonado RA, Farani PSG. Chagas Disease in the 21st Century: Global Spread, Ecological Shifts, and Research Frontiers. *Biology*. 2025;14(11): 1631. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/biology14111631>. [citado 30 Mar 2026].
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización de la estimación de la enfermedad de Chagas en los países endémicos de las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 30 Mar 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-estimacion-enfermedad-chagas-paises-endemicos-americas-2018> p. 1–20.
5. Cousin E, Nascimento BR, Whisnant JL, Zimsen SRM, Harris AA, Machado IE, et al. Global, regional, and national burden of Chagas disease, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet Infect Dis*. 2026;26(3):284–301. doi:10.1016/S1473-3099(25)00562-6. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(25\)00562-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00562-6) [citado 30 Mar 2026].
6. Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi). Informativo: plataforma de investigación clínica de la enfermedad de Chagas [Internet]. Ginebra: DNDi; 2025 [citado 30 Mar 2026]. Disponible en: https://dndi.org/wp-content/uploads/2025/10/informativo_chagas_dndi_esp_2025_DIGITAL.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. Mejores inversiones para acelerar la eliminación de enfermedades en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 30 Mar 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/69202>

8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000119 de 2026 [Internet]. Bogotá D.C.: MSPS; 2026 ene 27 [citado 30 Mar 2026]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20119%20de%202026.pdf
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan nacional de eliminación de la enfermedad de Chagas transmitida por vectores y por vía transfusional como problema de salud pública [Internet]. Bogotá D.C.: MSPS; 2026 feb [citado 30 Mar 2026]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nacional-eliminacion-enfermedad-chagas-2025-2031.pdf>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan nacional de eliminación del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas por transmisión materno infantil, como problema de salud pública [Internet]. Bogotá D.C.: MSPS; 2026 feb [citado 30 Mar 2026]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nacional-eliminacion-vih-sifilis-hepatitisb-chagas-2025-2031.pdf>
11. Grupo de Parasitología del Laboratorio Nacional de Referencia, Instituto Nacional de Salud. Lineamiento técnico para el uso de pruebas de diagnóstico rápido (PDR) para la detección de anticuerpos IgG contra Trypanosoma cruzi [Internet]. Bogotá D.C.: INS; 2025 may [citado 30 Mar 2026]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamiento-tecnico-para-uso-de-pdr-para-deteccion-de-anticuerpos-igg-contra-trypanosoma-cruzi.pdf>.



SITUACIÓN NACIONAL

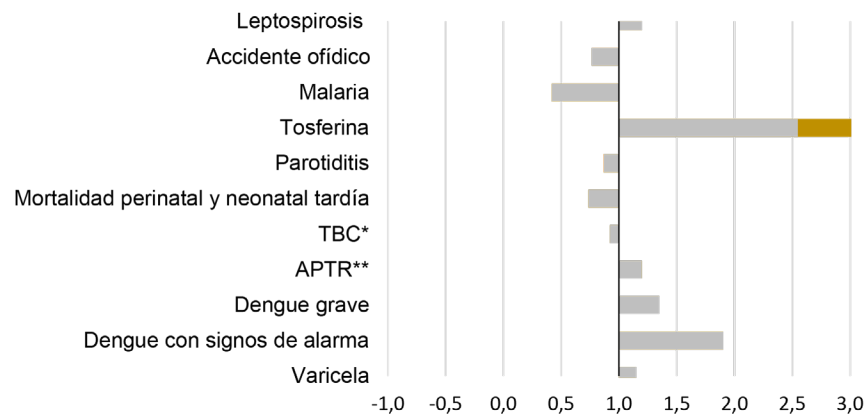
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 13 de 2026, el evento de tosferina se encuentra por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 4).

Figura 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 13 del 2026



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

*TBC: tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró por debajo 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 13 del 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	34451	46223	-8,91	0,00

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 13 del 2026, el evento de zika se encontró por encima de lo esperado, mientras que los eventos de leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucosa y lepra se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 13 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	6	2	0,04
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,00
Lepra	0	4	0,00
Leishmaniasis cutánea	8	119	0,00
Mortalidad por dengue	5	3	0,14
Chikunguña	1	1	0,37
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0,37

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 Sívigila 4.0.

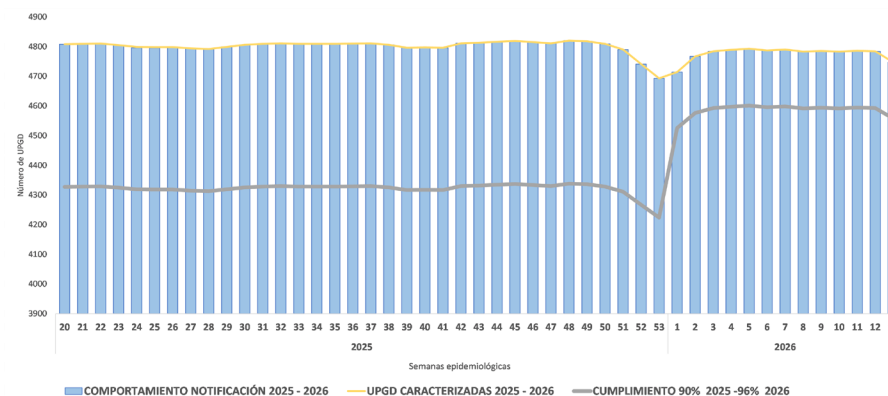
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 13 del 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 13 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 100 % (4 747 / 4 747); observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 13 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el periodo 2025-2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 747 UPGD en la semana analizada (figura 5).

Figura 5. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 13 del 2026



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados



MORTALIDAD

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 13 del 2026, se han notificado 135 muertes probables en menores de cinco años, tres (3) casos de infección respiratoria aguda (IRA) residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 132 casos notificados de residentes en Colombia, 88 fueron por IRA, 16 por desnutrición (DNT) aguda y 28 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 30 fueron confirmados, 23 descartados y 79 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 13 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 13 2026			Casos en estudio a SE 13 2026			Tasa a SE 13 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	5	16	9	8	55	16	0,14	0,44	0,25
Antioquia	0	0	0	1	8	0	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Atlántico	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Barranquilla	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Bogotá, D.C.	0	0	0	0	5	0	0,00	0,00	0,00
Bolívar	1	1	0	1	3	0	0,91	0,91	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	2	0	0,00	2,68	0,00
Cauca	0	0	0	0	1	1	0,00	0,00	0,00
Cesar	1	2	0	0	1	0	0,75	1,49	0,00
Chocó	1	4	1	1	4	8	1,55	6,18	1,55
Córdoba	1	0	0	0	1	0	0,59	0,00	0,00
Huila	0	0	1	0	1	0	0,00	0,00	0,95
La Guajira	1	1	3	4	4	0	0,90	0,90	2,69
Magdalena	0	2	0	0	0	0	0,00	2,23	0,00
Meta	0	1	0	0	3	0	0,00	1,17	0,00
Nariño	0	1	1	0	3	0	0,00	0,80	0,80
Norte de Santander	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Putumayo	0	0	0	0	1	2	0,00	0,00	0,00
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	1	1	0	4	0	0,00	1,70	1,70
San Andrés	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00
Santander	0	0	1	0	3	0	0,00	0,00	0,66
Sucre	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00
Tolima	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	0	0	0	2	1	0,00	0,00	0,00
Vaupés	0	0	1	0	0	1	0,00	0,00	18,23
Vichada	0	0	0	1	0	0	0,00	0,00	0,00

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 13 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 13 del 2026 se han notificado 88 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 10 confirmadas por laboratorio, seis (6) confirmadas por clínica, 17 descartadas, y 55 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,44 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 13 fueron 68, para una tasa de mortalidad de 1,84 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 13 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Cartagena de Indias, Risaralda y Santander, y a nivel municipal en San Andrés de Tumaco. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 13 de 2026 son *Bordetella pertussis*, Enterovirus y Rhinovirus, 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 13, 2025-2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
Enterovirus	2	0	1	0	0	3	2	0	0	0	0	2
Rhinovirus	2	1	2	0	0	5	1	0	0	1	0	2
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	2
Adenovirus	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Metapneumovirus	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Virus Sincitial Respiratorio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<i>Haemophilus influenzae</i> B	4	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
Influenza B	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	19	6	3	0	0	28	15	0	0	1	0	16

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 13 de 2026 se han notificado 16 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, cinco (5) confirmada, tres (3) descartadas y 8 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,14 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 13 fue de 41, para una tasa de mortalidad de 1,11 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 13 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Chocó, La Guajira, Magdalena y Risaralda, y a nivel municipal, en Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 13 de 2026 se han notificado 28 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, ocho (8) confirmadas por clínica, una (1) confirmada por laboratorio, tres (3) descartadas y 16 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,25 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 13 fue de 29 para una tasa de mortalidad de 0,79 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 13 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en las entidades territoriales departamentales, y a nivel municipal en Bagadó. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 13 de 2026 se notificaron al Sivigila tres (3) casos: dos (2) muertes maternas tempranas y una (1) muerte materna tardía. El país acumula 42 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 39 residen en territorio colombiano y tres (3) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 7).

Tabla 7. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 13, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	62	35	16	113
2024	57	42	20	119
2025p	43	40	10	93
2026p	39	19	12	70

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 20 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá, D.C., Antioquia, Caquetá, Cesar y Chocó. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observó diferencia estadísticamente significativa a nivel nacional y 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 Santafé de Antioquia (Antioquia), El bagre (Antioquia), Milán (Caquetá), Pueblo Rico (Caquetá), Paimé (Cundinamarca), Fundación (Magdalena), La Macarena (Meta) y Ortega (Tolima); 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 13 de 2026, el 53,8 % corresponde a causas directas y el 35,9 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 25,6 % (tabla 10).

Tabla 8. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 13 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 13	Acumulado de casos a SE 13	
		2025	2026
Colombia	60	43	39
Bogotá, D.C.	6	4	6
Antioquia	5	4	5
Caquetá	1	1	3
Cesar	3	5	3
Chocó	3	3	3
Cartagena de Indias	1	0	2
Cundinamarca	3	2	2
La Guajira	6	5	2
Risaralda	2	2	2
Casanare	1	1	1
Cauca	3	0	1
Huila	2	1	1
Magdalena	1	0	1
Meta	2	1	1
Nariño	3	1	1
Quindío	1	0	1
Santa Marta	1	0	1
Sucre	1	0	1
Tolima	2	1	1
Valle del Cauca	1	1	1
Arauca	1	0	0
Atlántico	2	0	0
Barranquilla	1	2	0
Bolívar	3	1	0
Boyacá	1	0	0
Buenaventura	0	0	0
Caldas	0	0	0
Cali	1	1	0
Córdoba	3	2	0
Guainía	0	1	0
Norte de Santander	3	1	0
Santander	1	2	0
Vichada	1	1	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 - 2026 PE III (datos preliminares).
RUAF - ND, nacimientos PE III 2025 - 2026 datos preliminares.
SE: semana epidemiológica

Tabla 9. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 13 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 13	Valor observado SE 13
Colombia	60	39
Santafé de Antioquia (Antioquia)	0	1*
El Bagre (Antioquia)	0	1*
Milán (Caquetá)	0	1*
Pueblo Rico (Caquetá)	0	1*
Paime (Cundinamarca)	0	1*
Fundación (Magdalena)	0	1*
La Macarena (Meta)	0	1*
Ortega (Tolima)	0	1*

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2024, datos preliminares 2025 - 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 13 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 13	Número de casos y proporción a SE 13 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	50	57	100	43	100	39	100
DIRECTA	32	36	63,2	28	65,1	21	53,8
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	10	13	22,8	6	14,0	10	25,6
Hemorragia obstétrica	11	13	22,8	8	18,6	4	10,3
Sepsis obstétrica	4	3	5,3	5	11,6	2	5,1
Embarazo ectópico	3	2	3,5	3	7,0	2	5,1
Evento tromboembólico como causa básica	3	2	3,5	4	9,3	1	2,6
Otras causas directas	1	1	1,8	0	0,0	1	2,6
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	2,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	1	1,8	2	4,7	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	1	1,8	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	16	20	35,1	12	27,9	14	35,9
Otras causas indirectas	5	7	12,3	3	7,0	6	15,4
Otras causas indirectas: neumonía	4	2	3,5	5	11,6	4	10,3
Otras causas indirectas: cáncer	2	3	5,3	1	2,3	3	7,7
Sepsis no obstétrica	3	4	7,0	1	2,3	1	2,6
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	1	2,3	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	3,5	1	2,3	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	1	1	1,8	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	1,8	0	0,0	0	0,0
En estudio	2	1	1,8	3	7,0	4	10,3

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

SE: semana epidemiológica.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 13 del 2026 se han notificado 1 502 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 1 488 corresponden a residentes en Colombia y 14 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, Santiago de Cali y Córdoba. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 13 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Magdalena, Caldas, Buenaventura, Caquetá, Casanare y Quindío (tabla 11).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Dosquebradas (Risaralda), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), Girardot (Cundinamarca), Piedecuesta (Santander), El Paso (Cesar), San Antero (Córdoba), Gachancipá (Cundinamarca), El Rosal (Cundinamarca), Valle del Guamuez (Putumayo), El Cerrito (Valle del Cauca), Restrepo (Valle del Cauca), Simití (Bolívar), Tamalameque (Cesar), Bahía Solano (Chocó), Puerto López (Meta), Roberto Payán (Nariño) y Flandes (Tolima) (tabla 12).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 40,1 %, seguido de neonatales tempranas con 28,8 %, neonatales tardías con 18,3 %, y las fetales intraparto con 12,8 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 23,9 %, seguido de prematuridad e inmaduridad con el 18,2 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,8 % (tabla 13). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 13 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, razón y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 13 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 13	Acumulado de casos a SE 13	
		2025	2026
Colombia	1 855	1 393	1 488
Bogotá, D.C.	190	171	208
Antioquia	210	170	164
Cundinamarca	100	92	97
Santiago de Cali	72	62	60
Córdoba	91	52	60
La Guajira	99	61	58
Huila	47	31	56
Barranquilla	68	41	53
Bolívar	53	45	48
Cesar	64	55	47
Santander	54	43	47
Cauca	64	39	44
Meta	43	45	43
Nariño	54	55	42
Valle del Cauca	52	35	42
Norte de Santander	54	37	37
Tolima	36	25	33
Chocó	46	27	32
Cartagena de Indias	63	43	31
Sucre	47	25	31
Atlántico	61	36	30
Boyacá	35	22	30
Risaralda	28	18	26
Magdalena	40	35	22
Quindío	15	9	22
Caldas	27	24	20
Santa Marta	22	11	19
Buenaventura	21	18	14
Putumayo	14	8	14
Arauca	18	5	13
Caquetá	18	12	10
Casanare	19	13	10
Vichada	9	8	9
Guainía	6	5	8
Amazonas	5	5	4
Vaupés	3	2	2
Guaviare	3	4	1
San Andrés y Providencia	3	4	1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 - 2024, datos preliminares 2025 y 2026
SE: semana epidemiológica.

Tabla 12. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 13 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 13 2021 - 2025	Valor observado a SE 13 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	1 855	1 488	-
Manaure (La Guajira)	9	14	4
Dosquebradas (Risaralda)	6	10	4
Tunja (Boyacá)	3	9	9
Granada (Meta)	3	8	8
Girardot (Cundinamarca)	3	7	1
Piedecuesta (Santander)	2	6	1
El Paso (Cesar)	2	5	1
San Antero (Córdoba)	1	4	6
Gachancipá (Cundinamarca)	1	4	6
El Rosal (Cundinamarca)	1	4	6
Valle del Guamuez (Putumayo)	1	4	2
El Cerrito (Valle del Cauca)	1	4	8
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	7
Simití (Bolívar)	1	3	1
Tamalameque (Cesar)	0	3	4
Bahía Solano (Chocó)	0	3	1
Puerto López (Meta)	0	3	5
Roberto Payán (Nariño)	1	3	6
Flandes (Tolima)	1	3	4

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

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

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 13, 2024 -2026					
	2024 a SE 13	(%)	2025 a SE 13	(%)	2026 a SE 13	(%)
Colombia	1 508	100,0	1 393	100,0	1488	100,0
Asfixia y causas relacionadas	382	25,3	399	28,6	356	23,9
Prematuridad-inmadurez	239	15,8	217	15,6	271	18,2
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	237	15,7	207	14,9	190	12,8
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	189	12,5	135	9,7	138	9,3
Malformación congénita	132	8,8	114	8,2	118	7,9
Infecciones	123	8,2	118	8,5	116	7,8
Sin información	0	0,0	39	2,8	99	6,7
Otras causas de muerte	103	6,8	87	6,2	93	6,3
Causas no específicas	46	3,1	35	2,5	62	4,2
Trastornos cardiovasculares	43	2,9	30	2,2	32	2,2
Lesión de causa externa	7	0,5	8	0,6	6	0,4
Convulsiones y trastornos neurológicos	7	0,5	4	0,3	7	0,5

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



EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 13 de 2026, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (código INS 995 y código INS 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todas las atenciones de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE10 de J00 a J22¹.

Los canales endémicos para consultas externas, urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron a través de la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica y umbral estacional (promedio histórico) de los años 2019 a 2025 y el intervalo de confianza.

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 por la metodología poisson comparando los datos del periodo anterior y actual para cada uno de los agentes virales y así mismo por grupo de edad más relevantes para el evento vigilancia centinela código 345.

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 10 a 13 de 2026), a nivel nacional, se registraron variaciones porcentuales negativas en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM, así como una variación porcentual positiva en las atenciones en hospitalización en sala general, respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 06 a 09 de 2026). Ninguna de estas variaciones alcanzó significancia estadística (variación porcentual superior al 30 % o inferior al -30 %, respectivamente) (tabla 14).

Tabla 14. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 06 a 09 de 2026 y 10 a 13 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 06 a 09 de 2026	SE 10 a 13 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	537 317	490 250	-8,76%	
Hospitalización en sala general	23 159	24 573	6,11%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 881	2 859	-0,76%	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2026
SE: semana epidemiológica
UCI/UCIM: unidades de cuidado intensivo/unidad de cuidado intermedio

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 13 del 2026 se notificaron 88 285 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en La Guajira, Putumayo, Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Arauca, Casanare, Huila, Nariño, Quindío, San Andrés y Vichada. Las 26 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento en 15 municipios (tabla 15).

Tabla 15. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semana epidemiológica 01 a 13 del 2026

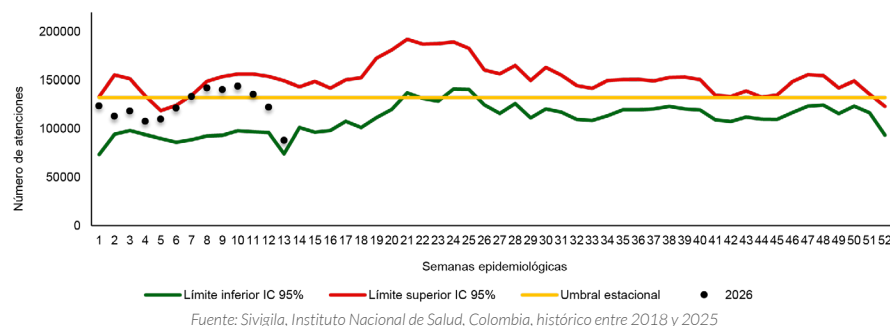
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	21 084	21 757	6 063	7 426
Antioquia	Bello	16 407	20 817	4 735	5 550
Antioquia	Itagüí	22 783	20 908	5 124	5 491
La Guajira	Maicao	16 816	16 912	3 854	5 383
Cundinamarca	Soacha	18 672	16 149	5 120	5 223
La Guajira	Uribia	12 316	12 659	2 747	4 079
Antioquia	Rionegro	9 411	11 725	2 120	3 886
Cundinamarca	Chía	14 412	11 261	3 760	3 642
Santander	Barrancabermeja	7 781	9 572	1 406	2 595
Santander	Floridablanca	6 340	6 725	1 697	2 350
Antioquia	Envigado	7 028	9 060	1 777	2 111
Risaralda	Dosquebradas	7 886	6 892	1 713	1 859
Valle del Cauca	Palmira	8 243	5 972	1 678	1 803
Cundinamarca	Funza	4 466	4 357	979	1 758
Antioquia	Apartado	4 047	5 525	1 243	1 749
Magdalena	Ciénaga	5 888	5 250	1 395	1 660
Bolívar	Magangué	4 825	4 819	1 133	1 494
Cundinamarca	Zipaquirá	5 338	4 900	1 611	1 440
Boyacá	Duitama	5 639	4 260	1 851	1 304
Cundinamarca	Girardot	5 528	3 953	1 436	1 243
Córdoba	Cereté	4 532	4 379	740	1 213
Cundinamarca	Madrid	3 568	3 209	1 218	1 191
Norte de Santander	Ocaña	4 108	3 748	1 127	1 139
Boyacá	Sogamoso	4 404	3 645	1 072	1 115
Córdoba	Lorica	3 774	3 738	1 035	1 102
Cundinamarca	Facatativá	4 836	3 105	1 667	1 098
Valle del Cauca	Cartago	4 552	4 059	1 089	1 088
Antioquia	Turbo	3 596	3 539	791	1 012
Valle del Cauca	Tuluá	3 932	2 918	826	1 003
Santander	Piedecuesta	2 136	2 616	355	944
Cesar	Aguachica	2 876	2 974	923	876
Valle del Cauca	Buenaventura	1 741	2 410	622	837
Valle del Cauca	Yumbo	4 096	3 006	1 108	813
Córdoba	Sahagún	6 493	2 451	1 968	758
Casanare	Yopal	2 871	2 373	898	746
Santander	Giron	1 918	1 933	288	741
Norte de Santander	Villa del Rosario	2 097	2 042	714	703
Huila	Pitalito	3 531	2 053	1 152	664
Cauca	Santander de Quilichao	3 042	2 122	848	640
Atlántico	Malambo	1 282	1 935	417	590
Cundinamarca	Mosquera	1 315	1 500	575	502
Cauca	Guapi	1 361	1 096	181	325
Nariño	La Florida	217	228	29	47

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (10 a 13 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 23,5 % (115 510) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,7 % (96 919). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de 1 año y los menores de 2 a 4 años con el 13,7 % respectivamente.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 08 de 2026, con valores que superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 09 a 13 se registró una disminución, situándose por debajo de dicho límite (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2026



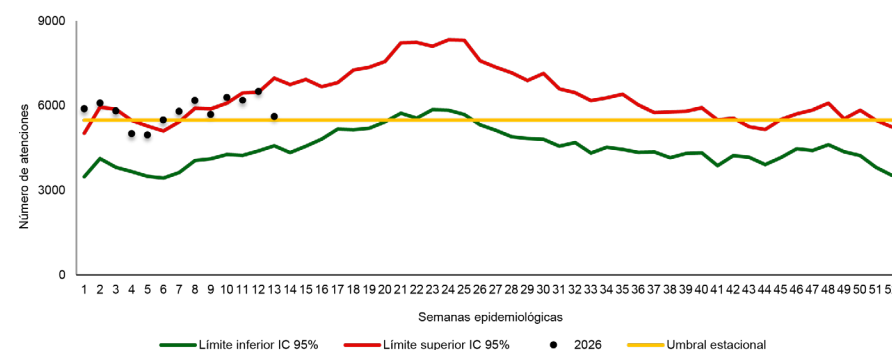
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 13 del 2026 se notificaron 5 613 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Cesar, Chocó, Guainía y La Guajira e incremento en Amazonas, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Guaviare, Nariño, San Andrés, Santa Marta, Santander, Sucre, Tolima y Vaupés. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (10 a 13 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 232) representaron el 25,3 %, seguido de los menores de 2 a 4 años con el 18,2 % (4 488). 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 31,1 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 26,4 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones han presentado una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior en las semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2026; sin embargo, en semana epidemiológica 13 se presentó una disminución ubicándose sobre el umbral estacional (figura 7).

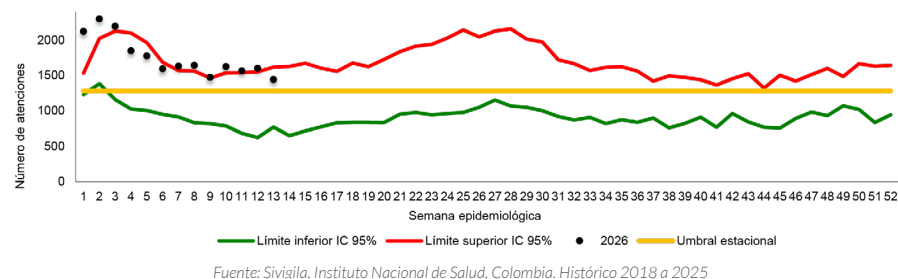
Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2026



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

En la semana epidemiológica 13 del 2026, se notificaron 1 444 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 07 a 12 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con descenso en la semana epidemiológica 13 de 2026 (figura 8).

Figura 8. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 13 de 2026



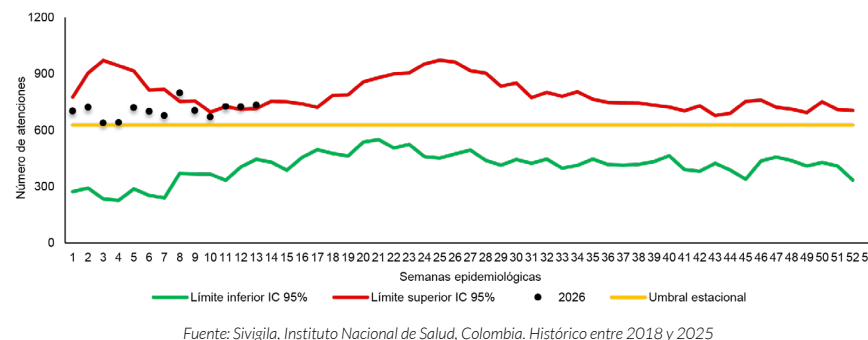
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 13 del 2026 se notificaron 734 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Caldas, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Casanare, Cesar, Guaviare, Huila, La Guajira y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Bolívar, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta y Santa Marta entre otras entidades territoriales. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (10 a 13 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 34,0 % (973), seguido de los menores de 1 año con el 18,2 % (523) de las hospitalizaciones en este servicio. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 26,0 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 25,5 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 07 y 09 a 11 de 2026, las atenciones se ubicaron por encima del umbral estacional. Esta tendencia ascendente sostenida alcanzó el límite superior del canal en las semanas 08, 11 a 13 (figura 9).

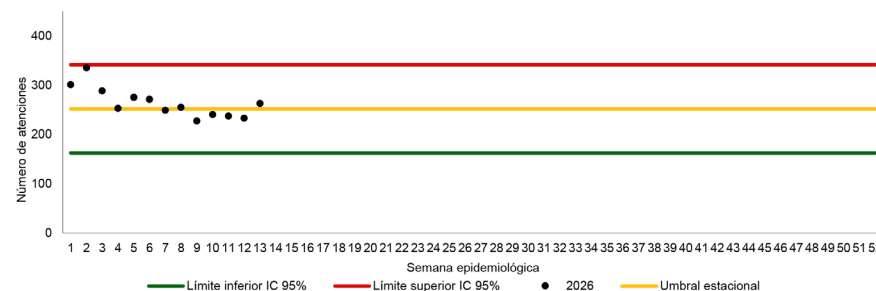
Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2026



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

En la semana epidemiológica 13 del 2026, se notificaron 263 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad, las hospitalizaciones se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08 y 13 de 2026; no obstante entre las semanas 09 y 12 se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 13 de 2026



Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en la notificación de atenciones por infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM y positiva en hospitalización en sala general, respecto al periodo anterior. Los grupos de edad con mayor proporción de atenciones en los tres servicios vigilados corresponden a menores de 5 años y mayores de 60 años. En cuanto al comportamiento en el canal endémico, durante la semana epidemiológica 13 de 2026 las atenciones por IRA en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general se ubicaron por debajo del límite superior, mientras que hospitalización en UCI/UCIM se situó por encima de dicho límite.

El comportamiento de las atenciones por IRA está estrechamente asociado a factores climáticos que influyen en la estacionalidad y transmisión de los agentes respiratorios. Según la OMM, el episodio de La Niña se encuentra en fase de disipación, con una probabilidad del 70 % de condiciones neutras frente al ENOS para el periodo abril–junio de 2026, y una probabilidad creciente de formación de un episodio de El Niño cercana al 40 % hacia mayo–julio. Para abril, se proyectan precipitaciones por encima de lo normal en las regiones Andina, Caribe y Orinoquía, y por debajo de lo normal en el área insular del Caribe y sectores de las regiones Pacífica y Amazónica, con probabilidades entre el 50 % y 70 % en ambos casos. Estas condiciones de humedad y variabilidad térmica, en el marco de la primera temporada lluviosa, favorecen la circulación de agentes respiratorios, por lo que se mantiene un riesgo epidemiológico moderado para IRA y se recomienda fortalecer la vigilancia, la detección temprana y las medidas de prevención y control, especialmente en los grupos de mayor vulnerabilidad¹.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado y considerando la estacionalidad del evento, así como el desarrollo del primer pico respiratorio, se insta a las entidades territoriales a:

- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento), con énfasis en comunidades en riesgo de inundación y poblaciones alojadas en refugios temporales.
- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias establecidas, realizando un monitoreo continuo con el fin de identificar comportamientos inusuales y crear acciones de mitigación; activando vigilancia intensificada en alojamientos temporales y municipios

con antecedentes de afectación por eventos hidrometeorológicos.

- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permitan la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar, con énfasis en poblaciones vulnerables (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes), incluyendo a las poblaciones desplazadas por inundaciones.
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas, aprovechando el contacto con los servicios de salud durante la atención en emergencias y el paso por albergues.
- Garantizar condiciones mínimas de ventilación natural en alojamientos temporales, evitando el hacinamiento y promoviendo la separación de personas con síntomas respiratorios como medida de control de fuente.
- Establecer rutas claras de atención y referencia para casos de IRA grave en poblaciones afectadas por inundaciones, priorizando niños menores de 5 años, adultos mayores, gestantes y personas con comorbilidades.
- Notificar oportunamente posibles brotes respiratorios en alojamientos temporales al INS y a las direcciones territoriales de salud, activando los protocolos de investigación y respuesta ante brotes en entornos de emergencia.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas, considerando el incremento de la demanda asociado a posibles eventos de inundación.
- Coordinar con las autoridades de gestión del riesgo de desastres (UNGRD, consejos territoriales de gestión del riesgo) la inclusión de la vigilancia y control de IRA en los planes de respuesta sanitaria ante inundaciones.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas continuó estabilizándose, siguiendo una tendencia descendente sostenida. La influenza A(H3N2) predominó entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina, donde cocirculó A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) y Centroamérica con circulación de A(H1N1)pdm09. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en la región excepto la subregión Caribe. Con relación a SARS-CoV-2 en las últimas semanas epidemiológicas, se evidencia una tendencia decreciente en la región. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 13, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un incremento general de la positividad con aumento para adenovirus. Los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 16). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

Tabla 16. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 06 a 13 de 2026

Agente viral identificado	SE 06 a 09 de 2026			SE 10 a 13 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	53,4	59,1	36,6	59,3	68,3	23,4	
Rinovirus	17,6	16,5	8,8	18,0	15,3	13,3	
Virus sincitial respiratorio	29,0	39,8	11,8	27,4	35,3	6,7	
Enterovirus	6,9	6,0	2,9	7,6	6,0	20,0	
Adenovirus	4,3	4,1	2,9	8,2	7,7	6,7	
Influenza B	1,0	-	2,9	0,9	-	-	
Influenza A	9,0	4,9	26,5	5,0	4,3	6,7	
Parainfluenza	10,9	13,9	8,8	13,2	15,3	20,0	
Metapneumovirus	6,9	6,8	8,8	9,8	11,9	-	
A(H1N1)pdm09	2,4	1,1	5,9	1,6	-	-	
SARS-CoV2	1,0	0,4	2,9	0,6	0,9	-	
A(H3N2)	7,6	4,5	8,8	5,0	1,3	20,0	
Coronavirus	3,1	1,1	8,8	2,2	1,7	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

Referencias

1. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Boletín de predicción climática y recomendación sectorial. Publicación N.º 373. Bogotá D.C.: IDEAM; 2026 marzo.

COVID-19

Metodología

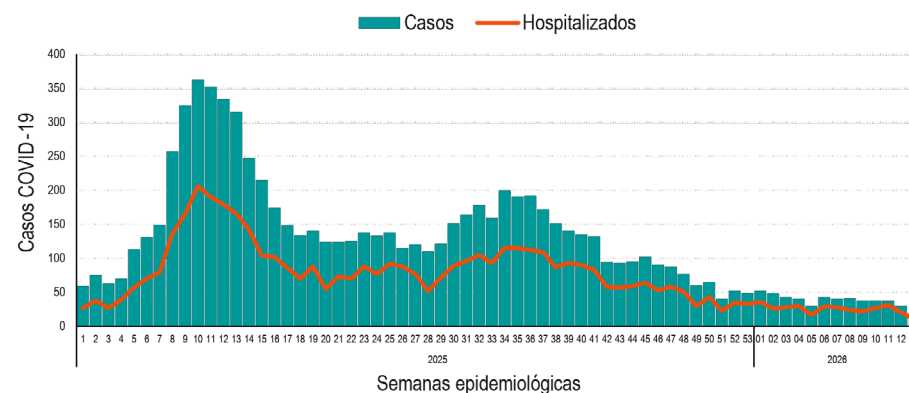
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 13 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

El análisis del comportamiento se realizó mediante la comparación de los casos confirmados de COVID-19. Se evaluaron los comportamientos inusuales por departamentos y municipios mediante la comparación de cuatro semanas previas y actuales. Interpretación: incremento: razón superior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$); decremento: razón inferior a 1 con significancia estadística ($p < 0,05$) y sin cambio: (razón igual a 1 o inferior a 1 o superior a 1 sin significancia estadística ($p > 0,05$)).

En lo corrido de 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 13), con corte al 04 de abril (semana epidemiológica 13) y según la fecha de inicio de síntomas, se han notificado a Sivigila un total de 499 casos de COVID-19, todos con procedencia de Colombia. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (10 a 13 de 2026), se observó una disminución del 23,5 %, con 124 casos registrados en comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 06 a 09 de 2026), en el cual se reportaron 162 casos. En cuanto a las hospitalizaciones, se presentó una disminución del 12,6 %, pasando de 103 casos a 90 casos en el periodo analizado. En comparación con el mismo periodo del año anterior (semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2025), los casos notificados en 2026 muestran una tendencia menor, como se observa en la figura 11.

Figura 11. Comportamiento temporal de los casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 13 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 13 de 2026

*SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 10 a 13 de 2026), se registró una incidencia de 0,2 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 22 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 45 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 06 a 09 de 2026), se observa un aumento en la notificación de casos de COVID-19 en el nivel municipal en Montería (Córdoba).

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 06 a 09 de 2026) y el actual (semanas epidemiológicas 10 a 13 de 2026) se observa una disminución de los casos de COVID-19 en los grupos de 90 a 99 años (-66,7 %), 50 a 59 años (-64,3 %), 30 a 39 años (-61,5 %), 60 a 69 años (-50,0 %), 20 a 29 años, (-50,0 %), 5 a 9 años (-33,3 %), Menores de un año (-26,1 %), 70 a 79 años (-16,7 %) y 80 a 89 años (-14,3 %). En contraste, se registró un incremento en los grupos de 40 a 49 años (75,0 %), 10 a 19 años (33,3 %), el grupo de un año (16,7 %) y 2 a 4 años (4,5 %) (tabla 17).

Tabla 17. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas, semanas epidemiológicas 06 a 13 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 06 a 09 2026	SE 10 a 13 2026		
Menor de un año	46	34	-26,1	
1 año	12	14	16,7	
2 a 4 años	22	23	4,5	
5 a 9 años	9	6	-33,3	
10 a 19 años	6	8	33,3	
20 a 29 años	10	5	-50,0	
30 a 39 años	13	5	-61,5	
40 a 49 años	4	7	75,0	
50 a 59 años	14	5	-64,3	
60 a 69 años	10	5	-50,0	
70 a 79 años	6	5	-16,7	
80 a 89 años	7	6	-14,3	
90 a 99 años	3	1	-66,7	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	162	124	-23,5	

• NC: no calculable

Fuente: Sivigila SE 06 a 13 de 2026
PE: periodo epidemiológico

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia tres (3) fallecimientos asociados a COVID-19, correspondientes a los municipios de Medellín (Antioquia), Riohacha (La Guajira) y Pasto (Nariño).

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 13 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 13 del 2026 se notificaron 2 177 casos de dengue: 1 696 casos de esta semana y 481 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 29 628 casos, 17 874 (60,3 %) sin signos de alarma, 11 459 (38,7 %) con signos de alarma y 295 (1,0 %) de dengue grave.

El 58,6 % (17 353) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Norte de Santander, Cartagena de Indias, Santander, Bolívar, Magdalena y La Guajira (tabla 17). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 09 a 12 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Cesar, Norte de Santander, Santander, Bolívar, Magdalena, Cartagena de Indias y Tolima, concentran el 59,0 % (6 263 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 09 a 12 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 05 a 08, 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Buenaventura; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 18).

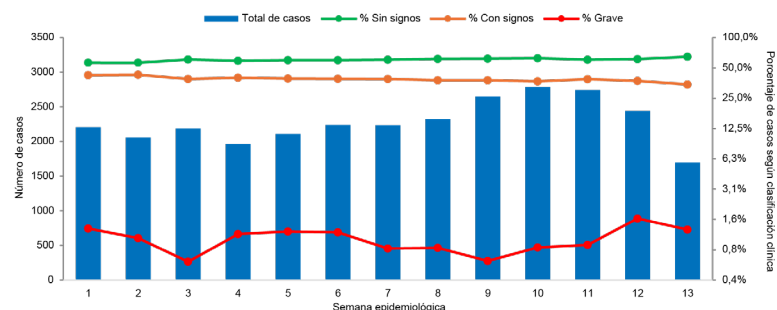
Tabla 18. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 13 del 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 05 - 08 2026)	Observado (SE 09-12 2026)
Meta	3 485	31,5	1,2	1 007	1 517
Cesar	2 766	57,0	0,4	863	952
Norte de Santander	2 146	36,5	1,7	748	711
Cartagena	2 062	20,0	0,8	617	548
Santander	2 032	35,3	0,6	694	692
Bolívar	1 730	38,7	1,7	588	685
Magdalena	1 589	51,4	0,8	485	620
La Guajira	1 543	55,7	1,7	479	478
Tolima	1 360	30,1	1,5	407	538
Barranquilla	1 286	42,1	1,2	351	338
Santa Marta	1 281	39,5	0,2	371	323
Córdoba	1 153	42,3	0,6	366	407
Atlántico	1 071	45,6	0,9	310	336
Antioquia	1 070	37,4	0,9	317	334
Cundinamarca	512	32,6	0,6	116	223
Arauca	507	37,1	0,4	186	176
Huila	481	35,6	3,3	112	215
Valle del Cauca	470	31,7	0,9	119	218
Sucre	440	52,5	0,7	127	152
Cali	435	35,6	0,5	131	151
Casanare	321	38,0	0,0	72	203
Amazonas	297	14,8	0,0	108	101
Putumayo	293	21,2	0,7	49	143
Guaviare	221	16,7	0,0	16	119
Chocó	218	24,3	1,4	44	68
Nariño	187	41,7	1,1	54	79
Caquetá	153	51,0	2,6	35	76
Quindío	101	20,8	1,0	24	37
Exterior	71	36,6	5,6	17	23
Risaralda	67	35,8	0,0	21	28
Cauca	62	35,5	0,0	21	19
Vaupés	52	1,9	0,0	4	42
Boyacá	49	49,0	0,0	12	20
Caldas	43	51,2	0,0	6	20
Buenaventura	31	25,8	0,0	12	7
Vichada	30	26,7	0,0	13	10
Archipiélago de San Andrés	10	10,0	0,0	2	7
Guaínía	3	33,3	0,0	0	2
Total	29 628	38,7	1,0	8 904	10 618

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

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 39,7 % a nivel nacional (figura 12); sin embargo, las entidades territoriales que mostraron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 09 a 12 de 2026) fueron: Caldas, Caquetá, Cesar, Sucre y La Guajira.

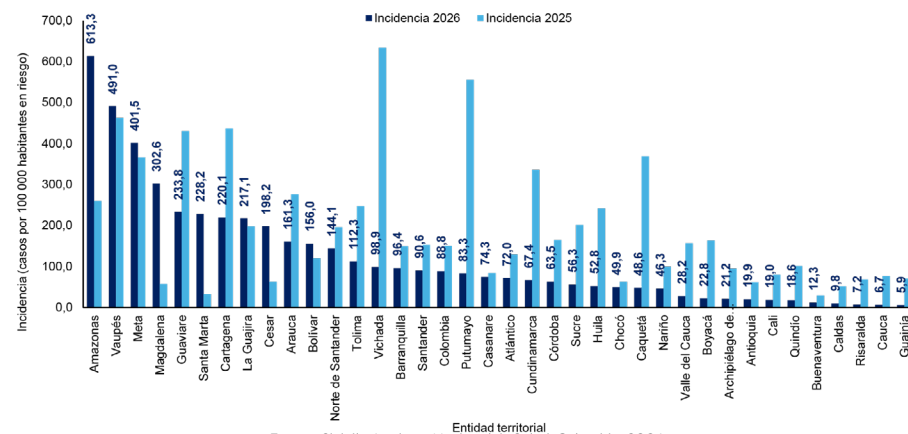
Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 13, 2026



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

A semana epidemiológica 13 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 88,8 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 150,7 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, Vaupés, Meta, Magdalena, Guaviare, Santa Marta, Cartagena de Indias y La Guajira, presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 13 del 2026 registrando tasas superiores a 200 casos por 100 000 habitantes (figura 13). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 104,4 casos por 100 000 habitantes.

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



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

En la semana epidemiológica 13 del 2026, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de alerta, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 19,2 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 09 a 12 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 05 a 08, 2026) (figura 14). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 13), se observa una reducción del 41,0 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 50 277 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 24,3 % (9) está dentro de lo esperado, el 32,4 % (12) se encuentra en situación de alerta y el 43,3 % (16) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 19).

Figura 14. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 13 del 2026

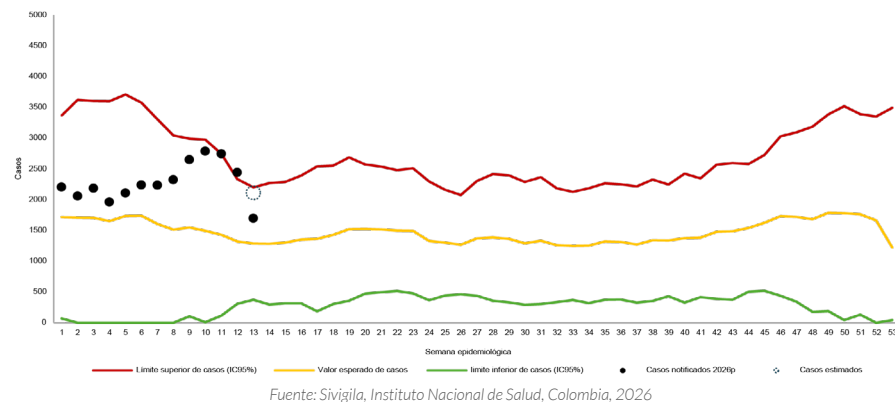


Tabla 19. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 13 del 2026

Situación epidemiológica a SE 13, 2026	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de marzo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Amazonas	Meta, Guaviare,	Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Cartagena de Indias., Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta, Santander, Vaupés, Vichada
Alerta	Putumayo	Caldas, Casanare, Chocó, Quindío, Nariño, Risaralda,	Arauca, Antioquia, Cundinamarca, Tolima, Archipiélago de San Andrés y Providencia
Dentro de lo esperado	Boyacá, Santiago de Cali, Caquetá, Guainía	Buenaventura, Cauca, Huila, Valle del Cauca	Sucre

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 13 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 19,2 % (159) 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 31,6 % (18/57) 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 13 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	Esperado (SE 05 - 08 2026)	Observado (SE 09-12 2026)
Atlántico	Barranquilla	98,0	1 286	351	338
	Sabanalarga	85,4	88	27	20
	Soledad	51,9	355	98	100
Bolívar	Cartagena	195,4	2 062	617	548
	Magangué	99,5	143	32	75
	Turbaco	174,5	203	61	88
Cesar	Valledupar	204,1	1 127	373	368
Córdoba	Montería	90,6	465	153	157
	Cereté	82,7	91	27	40
La Guajira	Riohacha	256,3	537	138	154
	Maicao	149,4	287	108	73
Santa Marta	Santa Marta	231,9	1 281	371	323
Magdalena	Ciénaga	276,1	352	117	146
Meta	Villavicencio	530,3	2 704	794	1 153
Norte de Santander	Cúcuta	147,2	1 124	419	382
Santander	Bucaramanga	102,3	633	218	229
	Barrancabermeja	121,1	260	96	71
Arauca	Arauca	70,7	71	31	23

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

A semana epidemiológica 13 del 2026, se han notificado 82 muertes probables por dengue las cuales se ha confirmado 10 casos, se han descartado 32 casos y se encuentran en estudio 40 casos, de los cuales 3 casos proceden del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,03 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 43 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 21).

Tabla 21. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 13, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 13, 2026	Letalidad por dengue a SE 13, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	2	0	0,42	0,18
La Guajira	3	3	0,19	0,00
Atlántico	1	1	0,09	0,10
Magdalena	1	2	0,06	0,00
Santander	1	4	0,05	0,06
Norte de Santander	1	0	0,05	0,03
Meta	1	2	0,03	0,09
Tolima	0	6	0,00	0,03
Valle del Cauca	0	3	0,00	0,00
Antioquia	0	2	0,00	0,12
Bolívar	0	2	0,00	0,15
Putumayo	0	2	0,00	0,05
Quindío	0	2	0,00	0,00
Arauca	0	1	0,00	0,12
Cartagena	0	1	0,00	0,10
Casanare	0	1	0,00	0,00
Cesar	0	1	0,00	0,00
Chocó	0	1	0,00	0,00
Nariño	0	1	0,00	0,00
Santa Marta	0	1	0,00	0,00
Sucre	0	1	0,00	0,13
Colombia	10	37	0,03	0,09

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

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

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

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultarse el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace:

<http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 13 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	>3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1 600 msnm. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

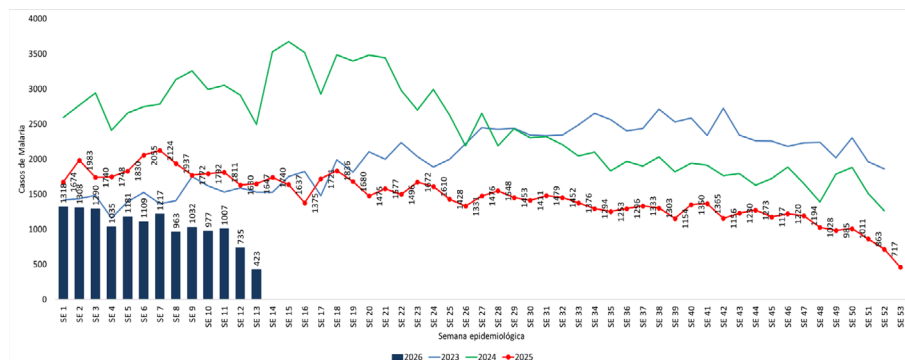
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución de la malaria, como se muestra en la figura 15.

Figura 15. Comportamiento epidemiológico de la malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 13 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 13 del 2026 se notificaron 956 casos de malaria, para un acumulado de 12 639 casos, de los cuales 13 595 son de malaria no complicada y 212 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 76,9 % (10 460), seguido de *Plasmodium falciparum* con 22,0 % (2 989) e infección mixta con 1,1 % (146). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,1 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (26,8 %), Antioquia (15,1 %), Córdoba (9,3 %), Guainía (8,2 %), Nariño (7,2 %), Amazonas (4,9 %), Risaralda (4,3 %), Vichada (3,8 %), Meta (3,4), Bolívar (3,2 %), Vaupés (2,5 %), Guaviare (2,2 %) y Cauca (2,2 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,7 % 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 13 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 06y 09 2026	Casos SE 10 a 13 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	970	301	221	25,58
Córdoba	Tierralta	792	252	156	7,94
Risaralda	Pueblo Rico	526	194	79	31,33
Antioquia	El Bagre	472	178	96	8,38
Chocó	Lloró	422	113	122	39,77
Chocó	Quibdó	414	126	99	2,86
Meta	Puerto Gaitán	372	123	55	8,06
Chocó	Bagadó	369	134	83	31,16
Chocó	Istmina	296	74	92	8,75
Buenaventura	Buenaventura	281	99	98	0,87
Vaupés	Mitú	271	98	34	11,15
Vichada	Puerto Carreño	257	110	35	11,36
Amazonas	La Pedrera (CD)	254	70	26	59,71
Vichada	Cumaribo	241	86	56	2,77
Chocó	Alto Baudó	240	76	68	7,68
Bolívar	Montecristo	238	90	58	12,96
Amazonas	Tarapacá (CD)	228	75	43	52,11
Chocó	Medio San Juan	223	50	63	18,96
Nariño	Olaya Herrera	210	68	82	7,93
Córdoba	Puerto Libertador	203	58	40	4,47
Chocó	Carmen del Darién	185	43	26	8,35
Antioquia	Cáceres	182	62	64	5,84
Chocó	Río Quito	167	46	59	18,24
Nariño	El Charco	166	58	41	7,14
Norte de Santander	Tibú	161	42	39	2,59
Cauca	Guapi	160	46	37	5,42
Guaviare	San José del Guaviare	156	34	47	2,47
Nariño	Roberto Payán	156	32	75	11,70
Antioquia	Nechí	156	56	45	5,59
Antioquia	Turbo	144	41	31	1,07
Chocó	El Cantón del San Pablo	138	35	46	19,98
Chocó	Bajo Baudó	135	42	38	3,98
Chocó	Tadó	131	51	18	6,50
Antioquia	Chigorodó	126	51	18	2,02
Chocó	Juradó	120	42	34	15,93

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 71,7% de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 49,7 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Puerto Gaitán, Bagadó, Mitú, Puerto Carreño, La Pedrera (CD), Montecristo, Puerto Libertador, Cumaribo y Tarapacá (CD) y en incremento los municipios de Lloró y Cáceres (tabla 23). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 60,5 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de El Charco, Guapí, Timbiquí, Lloró, Bagadó, Tierralta y Magüi, y en incremento los municipios de Istmina, Quibdó, Buenaventura, Inírida, Río Quito, Lloró, Medio San Juan y Olaya Herrera 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 13 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 06 a 09 de 2026	Casos SE 10 a 13 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	271	173	-36%	8,2%
Córdoba	Tierralta	229	140	-39%	6,9%
Risaralda	Pueblo Rico	179	66	-63%	4,7%
Antioquia	El Bagre	158	87	-45%	4,2%
Meta	Puerto Gaitán	100	51	-49%	3,0%
Chocó	Lloró	77	94	22%	3,0%
Chocó	Bagadó	96	71	-26%	2,8%
Vaupés	Mitú	95	32	-66%	2,5%
Vichada	Puerto Carreño	107	33	-69%	2,4%
Amazonas	La Pedrera (CD)	70	26	-63%	2,4%
Bolívar	Montecristo	88	52	-41%	2,2%
Córdoba	Puerto Libertador	58	40	-31%	2,0%
Vichada	Cumaribo	69	49	-29%	1,9%
Amazonas	Tarapacá (CD)	65	36	-45%	1,8%
Antioquia	Cáceres	60	64	7%	1,7%

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 13 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 06 a 09 de 2026	Casos SE 10 a 13 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	68	64	-6%	7,9%
Buenaventura	Buenaventura	64	65	2%	6,3%
Nariño	El Charco	50	39	-22%	5,0%
Cauca	Guapí	43	32	-26%	5,0%
Chocó	Istmina	31	42	35%	4,9%
Chocó	Río Quito	31	47	52%	4,2%
Guainía	Inírida	29	46	59%	3,9%
Cauca	Timbiquí	38	28	-26%	3,7%
Nariño	Olaya Herrera	31	52	68%	3,5%
Chocó	Lloró	30	22	-27%	3,3%
Chocó	Medio San Juan	13	24	85%	2,9%
Córdoba	Tierralta	22	16	-27%	2,7%
Chocó	Bagadó	36	8	-78%	2,5%
Nariño	Roberto Payán	12	33	175%	2,4%
Nariño	Magüi	17	15	-12%	2,4%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Comportamientos inusuales en entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 13 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran cuatro departamentos en situación de incremento y 9 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 27 municipios en incremento y 75 municipios en decremento (tabla 25).

Tabla 25. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 13 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 13 2025	Acumulado 2026	SE 13 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	406	17	233	10	17	43
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	10	0	18	1	0	5
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	98	5	0	8
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	35	5	256	8	12	26
Antioquia	Cáceres	4	118	11	185	5	38	66
Antioquia	Nechí	5	319	33	156	13	24	45
Antioquia	Yondó	4	15	1	40	0	2	10
Antioquia	San Roque	4	1	0	2	0	0	2
Arauca	Saravena	4	180	7	48	0	1	9
Arauca	Arauquita	4	15	0	8	0	1	4
Arauca	Fortul	4	10	1	14	0	0	3
Bolívar	Tiquisio	4	39	4	46	2	7	17
Boyacá	Cubará	4	348	26	76	3	2	17
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	7	1	28	2	3	11
Caquetá	Solano	4	15	0	19	0	0	7
Caquetá	Florencia	4	128	8	42	3	1	12
Chocó	El Carmen de Atrato	4	69	2	67	2	8	12
Chocó	Belén de Bajirá	5	39	0	115	1	8	25
Chocó	Istmina	5	287	22	299	10	77	93
Chocó	Cértegui	4	67	5	68	5	28	36
Córdoba	Tuchín	4	20	2	35	0	2	7
Guainía	Barrancominas	4	20	0	103	1	10	28
Meta	Puerto Gaitán	4	42	7	379	5	13	56
Nariño	La Tola	5	113	5	81	3	25	30
Putumayo	Puerto Asís	4	1	0	6	1	0	2
Tolima	Ataco	3	0	0	0	0	0	3
Vichada	Puerto Carreño	4	91	9	264	3	7	37

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025
SE: semana epidemiológica

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 13 del 2026, se han notificado 5 279 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 5 254 corresponden a residentes en Colombia y 24 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (14 de 2025 a 13 de 2026) es de 0,53 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Vichada, Chocó y Magdalena (tabla 26).

El 83,1 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,9 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,7 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (27,3 %) y en los de 1 año de edad (26,7 %). Así mismo, el 66,1 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 13 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Córdoba, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada; 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 197 municipios a nivel nacional (17,5 %) y de disminución en 55 municipios (4,9 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021-2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 27 municipios (tabla 27).

Tabla 26. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 13, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 13 de 2025	Casos a SE 13 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	5 776	5 254	0,53	17,5	4,9
La Guajira	459	445	1,55	20,0	6,7
Vichada	40	38	1,21	0,0	50,0
Chocó	272	221	1,15	38,7	12,9
Magdalena	180	151	0,80	24,1	10,3
Risaralda	123	119	0,74	28,6	0,0
Guaviare	29	20	0,69	25,0	25,0
Arauca	64	64	0,68	42,9	42,9
Cartagena de Indias	126	123	0,65	0,0	0,0
Casanare	55	70	0,65	15,8	15,8
Amazonas	15	12	0,62	0,0	0,0
Boyacá	142	146	0,59	14,6	0,0
Cesar	264	181	0,58	16,0	20,0
Vaupés	13	9	0,56	0,0	16,7
Bogotá, D.C.	792	717	0,55	0,0	0,0
Antioquia	914	750	0,55	22,4	0,8
Bolívar	143	147	0,55	28,9	6,7
Norte Santander	190	143	0,54	5,0	7,5
Nariño	180	192	0,53	14,1	1,6
Cundinamarca	300	315	0,51	17,2	3,4
Putumayo	59	59	0,50	7,7	7,7
Guainía	13	9	0,48	0,0	0,0
Valle del Cauca	163	152	0,45	22,5	5,0
Santiago de Cali	153	144	0,45	0,0	0,0
Meta	109	110	0,44	20,7	6,9
Sucre	103	90	0,43	34,6	7,7
Huila	124	118	0,42	10,8	0,0
Buenaventura	61	31	0,41	0,0	0,0
Barranquilla	42	42	0,38	0,0	0,0
Tolima	85	100	0,38	14,9	4,3
Santa Marta	49	30	0,36	0,0	0,0
Caquetá	44	45	0,34	18,8	6,3
Caldas	39	49	0,34	18,5	0,0
Atlántico	55	80	0,30	22,7	9,1
Quindío	17	27	0,29	16,7	8,3
Córdoba	137	120	0,28	10,0	6,7
Santander	153	109	0,28	11,5	3,4
Cauca	68	72	0,26	14,3	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	4	0,18	0,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 14 de 2025 a SE 13 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 13 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Norte de Santander	San José de Cúcuta	77	59
La Guajira	Maicao	80	50
Meta	Villavicencio	37	29
Tolima	Ibagué	15	28
Santander	Bucaramanga	32	26
Caquetá	Florencia	18	25
Cundinamarca	Fusagasugá	20	25
Casanare	Yopal	31	24
Sucre	Sincedejo	13	23
Antioquia	Rionegro	11	21
Risaralda	Dosquebradas	11	19
Valle del Cauca	Tuluá	7	19
Antioquia	Itagüí	11	17
Arauca	Arauca	27	17
Cundinamarca	Facatativá	21	16
Cesar	Aguachica	9	14
Valle del Cauca	Cartago	7	14
Cauca	Santander de Quilichao	4	8
Quindío	Armenia	14	8
Santander	Girón	16	7
Antioquia	Apartadó	21	5
Magdalena	Ciénaga	14	5
Santander	Piedecuesta	13	5
Córdoba	Lorica	7	2
Cundinamarca	Girardot	14	2
Norte de Santander	Villa del Rosario	14	2
Bolívar	Turbaco	5	1

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

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

Tos ferina

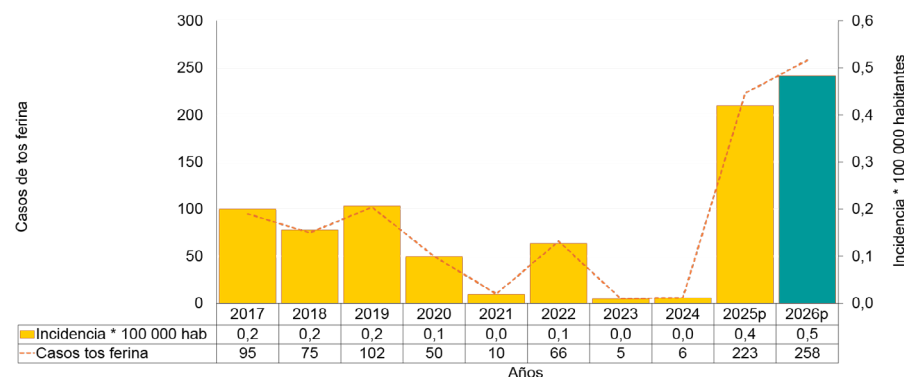
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 12 de 2026

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexo epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias se calcularon únicamente con base en los casos procedentes de Colombia.

Durante la semana epidemiológica 12 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 1 535 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,9 % (260) se confirmó, de los cuales 258 corresponden a casos con procedencia de Colombia, el 52,8 % (810) corresponde a casos descartados y el 30,3 % (465) se encuentra en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante semana epidemiológica 12 es de 0,5 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos correspondientes a la misma semana en años anteriores, se evidencia un incremento sostenido en el número de casos notificados donde la incidencia no superó el 0,4 caso por cada 100 000 habitantes en 2025 (figura 16).

Figura 16. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 12, 2017 a 2026p

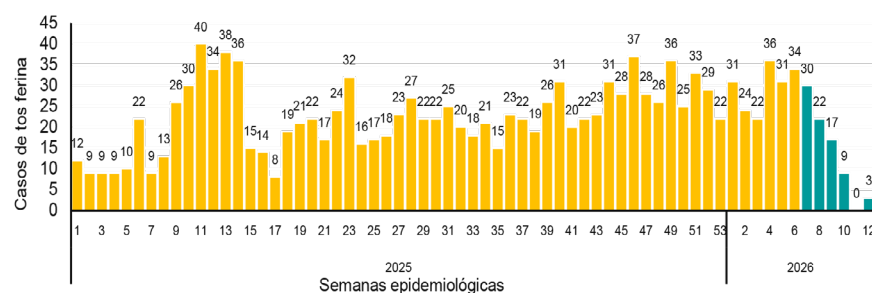


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026 (datos preliminares).

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 17 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 06, con un pico máximo en la semana epidemiológica 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa, aunque con repuntes en las semanas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos), 49 (36 casos) de 2025 y 04 (36 casos), 06 (34 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas se registra una reducción del 75,2 %, al pasar de 117 casos (semanas epidemiológicas 05 a 08 de 2026) a 29 casos (semanas epidemiológicas 09 a 12 de 2026). Se debe tener en cuenta que estos datos están sujetos a modificaciones debido al rezago inherente al proceso de confirmación de casos.

Figura 17. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 12 de 2026p



Fuente: Sivigila 2025 y 2026p

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 12, de 2019 a 2026

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia, con 46 casos y una incidencia de 0,7 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, D.C., con 29 casos y una incidencia de 0,4 por cada 100 000 habitantes y Cartagena de Indias, con 23 casos y una incidencia de 2,3 por cada 100 000 habitantes.

La tabla 28 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026p para la misma semana epidemiológica.

Tabla 28. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 12, 2019 a 2026

Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,5		258
Antioquia	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,8	0,7		46
Bogotá, D.C.	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,4		29
Cartagena de Indias	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3		23
Casanare	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6		22
Santander	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7		18
Norte de Santander	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,8		13
Cesar	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,8		12
Chocó	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	1,2	1,5		9
Risaralda	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,8		8
Santiago de Cali	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4		8
Cundinamarca	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2		8
Bolívar	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5		6
Boyacá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4		5
Cauca	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3		5
Vaupés	67,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0		4
Magdalena	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4		4
La Guajira	0,0	0,0	0,0	5,5	0,0	0,0	0,1	0,4		4
Huila	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,3		4
Barranquilla	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3		4
Arauca	0,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4	1,1		3
Santa Marta	0,0	0,2	0,0	0,4	0,2	0,0	0,0	0,5		3
Caldas	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3		3
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2		3
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1		3
Valle del Cauca	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1		3
Putumayo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5		2
Sucre	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2		2
Meta	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2		2
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,6		1
Tolima	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1		1

Fuente: Sivigila 2019 a 2026p

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

Seguimiento de brotes activos en población indígena por departamento de procedencia, Colombia, 2026p

En la semana epidemiológica 12 de 2026 se identificaron 63 casos confirmados de tos ferina en población indígena, distribuidos en los departamentos de: Casanare (16), Santander (9), Chocó (9), Antioquia (7), Cauca (5), Risaralda y Norte de Santander (4 casos cada uno), Vaupés (4) y Vichada, Cesar, Caldas, Boyacá y Putumayo con un caso cada uno. Los brotes en seguimiento se presentan en la tabla 29.

Tabla 29. Brotes de tos ferina en seguimiento, Colombia, 2026 datos preliminares

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		63		
Vaupés	Mitú	4	11/03/2026	22/04/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Chocó	Lloró	1	08/03/2026	19/04/2026
Cauca	Caldono	2	03/03/2026	14/04/2026
Santander	Cerrito	6	01/03/2026	12/04/2026
Casanare	Paz de Ariporo	16	26/02/2026	09/04/2026
Santander	Concepción	3	23/02/2026	06/04/2026
Caldas	Aranzazu	1	19/02/2026	02/04/2026
Chocó	Bagadó	1	17/02/2026	31/03/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Antioquia	Murindó	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	08/02/2026	22/03/2026
Antioquia	Dabeiba	6	08/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	06/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	09/03/2026
Cesar	Agustín Codazzi	1	26/01/2026	09/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	09/03/2026
Vichada	Cumaribo	1	24/01/2026	07/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	04/03/2026
Cauca	Toribio	1	16/01/2026	27/02/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026

FIS: fecha de inicio de síntomas. Celdas en gris: brotes de tos ferina que por tiempo ya cerraron
Fuente: Sivigila 2026p.



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual fiebre amarilla nacional, 07 de abril de 2026

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

Para el 2026, a corte del 07 de abril (datos preliminares), se han notificado 487 casos probables, 35 confirmados (34 por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre 04 de enero y el 31 de marzo de 2026, todos procedentes del Tolima. Se han notificado 18 muertes probables, 13 confirmados y cinco (5) en estudio, para una letalidad de 37,1 % (13/35).

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 183 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 10 departamentos de Colombia (Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare); adicionalmente se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela).

Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 72 casos y cinco (5) se encuentran en estudio (letalidad del 39,3 %). Entre el 31 de marzo y el 06 de abril de 2026 se confirmaron dos (2) caso de fiebre amarilla, de procedencia del Tolima en los municipios de Dolores e Icononzo.

Respecto a las epizootias, durante 2025 y 2026 (datos preliminares) se han confirmado 86 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). El último caso se confirmó el 28 de marzo de 2026 por parte del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) en zona rural del Icononzo (Tolima).

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

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

[1] El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

[2] Se excluyen 5 casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

Actualización de casos importados de sarampión nivel nacional, 07 de abril de 2026

En 2026, se han confirmado en el país cuatro (4) casos importados de sarampión con antecedente de viaje reciente a Ciudad de México. Estos casos fueron notificados por las entidades territoriales de Bogotá, D.C. (3) y Bucaramanga (Santander) (1). Tres (3) de ellos corresponden al genotipo D8 y uno (1) se encuentra sin genotipificación. A la fecha, no se ha evidenciado transmisión secundaria, ni se han reportado hospitalizaciones, complicaciones o fallecimientos asociados.

Con corte al 07 de abril de 2026, se han notificado 579 casos sospechosos, de los cuales 375 han sido descartados y cuatro (4) han sido confirmados mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. Actualmente, 200 casos sospechosos permanecen en estudio, distribuidos principalmente en Bogotá, D.C. (80) y Antioquia (34), seguidos por Barranquilla (10), Sucre (8), Meta y Córdoba (6 casos cada uno); Santander, Risaralda, Tolima, Norte Santander y Huila (5 casos cada uno); Caldas, Valle del Cauca, Santa Marta, Cundinamarca y Cali (4 casos cada uno); Chocó, Cesar, Cartagena de Indias y Nariño (2 casos cada uno); y Atlántico, Buenaventura y Boyacá (1 caso cada uno).

En respuesta a esta situación, el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y la Sala de Análisis del Riesgo (SAR), en sus niveles nacional y territorial, permanecen activos para el seguimiento continuo del evento. Las acciones de control se han centrado en la intensificación de la vigilancia epidemiológica mediante la notificación inmediata y la alerta temprana de casos con criterios de riesgo, así como la ejecución de búsquedas activas comunitarias (BAC) e institucionales (BAI) en áreas priorizadas. Complementariamente, se adelantan monitoreos rápidos de vacunación (MRV), jornadas de bloqueo de vacunación y la verificación de esquemas en el talento humano en salud.

A nivel administrativo, la Circular Conjunta 0004 de 2026 ha permitido estandarizar las capacidades de respuesta, con el apoyo de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) y las estrategias de comunicación del riesgo dirigidas a la población y a los actores del sistema de salud. En relación con el seguimiento diario de contactos, de los cuatro (4) casos confirmados, a la fecha, se realizó cierre de seguimiento y no se evidenció transmisión secundaria.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 07 de abril de 2026.

Brote de varicela en población escolarizada, Cesar, Marzo 30 de 2026

Brote comunitario identificado en población escolarizada del grado séptimo y décimo de institución educativa en un municipio de Cesar. Detectado el 24 de marzo de 2026, con 18 casos, 129 expuestos para una tasa de ataque del 13,9 %; no se han reportado hospitalizaciones o defunciones, ni se ha identificado población con alto riesgo de complicaciones por el evento. La fecha de inicio de exantema del primer caso fue el 09 de febrero de 2026 y del último caso el 23 de marzo de 2026. Brote de identificación y reporte tardío. Como hipótesis se plantea noxa de contagio comunitaria, en entorno social extraescolar. Se han realizado acciones que incluyen investigación epidemiológica de campo, aislamiento de casos en el hogar, recomendación sobre medidas de higiene de manera permanente incluyendo desinfección de áreas comunes, acciones de información y capacitación a la población afectada como expuesta al brote (incluidos docentes, padres, estudiantes), seguimiento diario a inasistencias escolares, monitoreo rápido de vacunación, búsqueda activa comunitaria diaria, articulación interinstitucional. Pendiente continuar el seguimiento hasta completar 42 días sin nuevos casos para el cierre. Información preliminar y sujeta a cambios, en seguimiento por referente nacional.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del César.

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 13 del 2026 no se notificaron casos o alertas de Mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/ neumónica, cólera, ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Casos de influenza A(H5N1) en humanos en Camboya. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (ECDC). Fecha de publicación: 03 de abril de 2026

En 2026, Camboya ha notificado tres (3) casos humanos de influenza A (H5N1), no se ha informado información del clado en casos recientes. Sin embargo, el clado 2.3.2.1e ha estado circulando entre aves en el país.

El último caso corresponde a un niño menor de 5 años del distrito de Banteay Ampil, en la provincia de Oddar Meanchey. Se le confirmó la infección el 29 de marzo de 2026 y se notificó el 30 de marzo de 2026. El niño se encuentra actualmente aislado en el hospital y recibe tratamiento. Las investigaciones epidemiológicas revelaron que el paciente había jugado con aves de corral y que había aves enfermas y muertas tanto en el hogar como en la aldea. Las autoridades nacionales y locales están investigando activamente el caso e implementando medidas de respuesta. Como parte de la respuesta, los contactos cercanos del caso han recibido profilaxis antiviral (oseltamivir) y se están llevando a cabo campañas de educación sanitaria en las aldeas afectadas.

Desde 2003, se han registrado 997 casos humanos de infección por influenza avar A(H5N1) en todo el mundo, incluyendo 477 fallecimientos (letalidad: 48,0 %). Estos casos se han notificado en 25 países (Australia (exposición en India), Azerbaiyán, Bangladesh, Camboya, Canadá, Chile, China, Yibuti, Ecuador, Egipto, India, Indonesia, Irak, Laos, México, Myanmar, Nepal, Nigeria, Pakistán, España, Tailandia, Turquía, Vietnam, Reino Unido y Estados Unidos). Hasta la fecha, no se ha detectado transmisión sostenida de persona a persona.

Fuente: Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (ECDC). Weekly Communicable Disease Threats Report, Week 14, 28 March to 3 April 2026. Fecha de publicación: 03 de abril de 2026. Fecha de consulta: 07 de abril de 2026. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2026-WCP-0016%20Final.pdf>

Situación epidemiológica de sarampión en México. Secretaría de Salud de México. 06 de abril de 2026

Desde el 01 de enero de 2025 hasta el 06 de abril de 2026 se han confirmado 15 209 casos de sarampión en el país (6 459 en 2025 y 8 750 en 2026). El grupo de edad con el mayor número de casos es de 1 a 4 años (1 975 casos), seguido del grupo de 25 a 29 años (1 787 casos) y el de 5 a 9 años (1 741 casos). Durante el mismo periodo se han confirmado 36 defunciones acumuladas (27 en 2025 y nueve (9) en 2026). Los estados con el mayor número de casos en 2026 son Jalisco (5 062), Chiapas (717) y Ciudad de México (681).

Fuente: Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 06 de abril de 2026. Fecha de consulta: 07 de abril de 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1069684/Informe_diario_06_04_2026_.pdf

Situación epidemiológica de sarampión en Estados Unidos. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Fecha de publicación: 03 de abril de 2026

En 2026, hasta el 02 de abril, se han notificado 1 671 casos confirmados de sarampión en el país. De estos, 10 fueron notificados entre visitantes internacionales; y 1 661 casos fueron reportados por 33 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nuevo México, Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wisconsin.

Del total de casos en 2026, por grupo de edad, el 52,0 % corresponden al grupo de 5 a 19 años, seguido del 27,0 % para el grupo de mayores de 20 años y el 21,0 % para el grupo de menores de 5 años. Con respecto al estado de vacunación de los casos confirmados, el 92,0 % no estaban vacunados o su estado era desconocido, el 4,0 % contaban con dos dosis de vacunación y el 4,0 % contaba con una dosis de vacunación. El 5,0 % (91/1 671) de los casos ha requerido hospitalización. En 2026 no se han reportado muertes secundarias a la enfermedad.

Fuente: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Casos y brotes de sarampión. Fecha de publicación: 03 de abril de 2026. Fecha de consulta: 07 de abril de 2026. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 13 de 2026

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

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 13

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	17	0	0	144	29	37	297	45	101	44	15	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	146	11	9	5499	1374	1616	1070	288	334	400	117	123	10	4	5	77	83	12	33	12	3
Arauca	33	1	2	294	59	91	507	52	176	188	16	60	2	0	1	0	1	0	9	4	2
Atlántico	13	2	1	1154	292	358	1071	123	336	488	70	146	10	3	2	0	2	0	4	1	2
Barranquilla D.E.	1	0	0	1295	275	362	1286	166	338	542	77	130	15	4	5	1	1	1	12	3	1
Bogotá D.C.	0	0	0	6497	1721	1921	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	15	0	2	2	0
Bolívar	60	2	5	776	232	241	1730	166	685	669	82	280	29	4	10	2	0	1	2	0	1
Boyacá	17	2	1	1831	476	551	49	47	20	24	18	10	0	0	0	1	1	0	2	1	1
Buenaventura D.E.	8	0	1	52	13	13	31	24	7	8	10	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Caldas	20	2	1	1110	287	331	43	23	20	22	13	13	0	0	0	2	2	0	9	1	3
Santiago de Cali D.E.	2	0	1	1442	399	375	435	705	151	155	327	66	2	7	0	2	16	0	63	18	18
Caquetá	45	6	1	342	87	95	153	223	76	78	111	41	4	4	2	0	0	0	3	0	1
Cartagena de Indias D.T.	6	0	0	666	142	211	2062	125	548	412	44	100	17	2	5	0	0	0	0	0	0
Casanare	25	3	0	577	120	155	321	173	203	122	77	73	0	1	0	1	1	0	0	0	0
Cauca	39	2	2	1644	426	445	62	99	19	22	40	6	0	1	0	0	16	0	6	1	0
Cesar	44	3	6	774	204	225	2766	201	952	1576	131	542	10	4	3	1	2	1	5	1	4
Chocó	65	4	1	92	16	25	218	50	68	53	11	15	3	1	2	0	0	0	0	0	0
Córdoba	89	3	5	1453	392	436	1153	209	407	488	105	157	7	1	3	1	1	1	2	0	1
Cundinamarca	25	2	2	4383	1017	1333	512	273	223	167	124	64	3	2	0	4	5	0	4	2	0
Guainía	4	0	0	78	12	25	3	9	2	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	22	2	1	94	28	27	221	39	119	37	9	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	34	4	1	1904	456	577	481	395	215	171	175	57	16	10	5	1	1	0	1	1	0
La Guajira	31	2	0	668	165	237	1543	118	478	859	84	252	26	2	5	2	1	0	3	1	1
Magdalena	37	1	1	648	197	210	1589	65	620	817	44	291	12	1	7	0	0	0	0	0	0
Meta	67	7	6	1276	293	354	3485	461	1517	1099	192	502	41	4	17	5	6	1	5	2	0
Nariño	32	2	4	2110	522	631	187	66	79	78	19	34	2	1	0	2	1	0	4	1	0
Norte de Santander	95	6	5	1922	426	579	2146	264	711	784	134	248	37	4	10	10	10	3	3	1	0
Putumayo	37	2	1	535	123	145	293	189	143	62	64	30	2	1	1	0	0	0	4	0	0
Quindío	5	0	0	906	207	268	101	36	37	21	12	7	1	0	0	0	2	0	1	1	0
Risaralda	21	0	1	1231	304	357	67	44	28	24	21	10	0	0	0	3	5	0	8	2	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	87	28	31	10	7	7	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	9	0	0	522	139	156	1281	35	323	506	21	121	2	1	0	0	0	0	3	1	1
Santander	48	2	3	2308	523	675	2032	380	692	717	159	239	12	3	6	27	7	10	4	2	0
Sucre	19	1	0	758	204	218	440	217	152	231	133	83	3	3	2	1	0	0	1	6	1
Tolima	46	1	2	2003	481	541	1360	486	538	409	212	161	21	5	7	1	1	0	9	3	4
Valle del Cauca	20	2	1	2627	597	747	470	696	218	149	316	74	4	5	2	1	15	0	18	4	6
Vaupés	11	1	1	52	12	12	52	9	42	1	2	1	0	0	0	1	0	0	4	2	0
Vichada	12	1	1	56	20	22	30	6	10	8	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	1.205	77	66	49.810	12.299	14.633	29.557	6.514	10.595	11.433	2.993	3.985	291	78	100	149	196	30	225	73	51

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 13

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	677	98	98	1	0	0	1569	571	344	104	10	18	0	0	0	748	460	231	4	5	4
Antioquia	2053	1004	471	68	46	50	282324	73752	77245	11869	2958	3139	1101	877	683	100199	34226	27030	164	210	164
Arauca	73	2	16	4	3	1	4866	2330	1567	461	98	163	17	5	13	1820	698	564	13	18	13
Atlántico	0	0	0	1	5	1	37829	10657	12150	1171	197	387	768	135	516	13665	4023	3794	30	61	30
Barranquilla D.E.	0	0	0	6	9	5	55151	15651	17841	3111	386	1045	315	251	195	19805	6043	5334	53	68	53
Bogotá D.C.	0	0	0	40	47	26	360882	141857	116974	18212	6124	6715	2334	1334	1530	183998	71043	57926	208	190	208
Bolívar	443	120	114	8	5	3	35274	11046	11369	906	226	329	117	115	68	9036	2833	2545	48	53	48
Boyacá	76	0	17	17	5	8	26874	10819	8790	1502	487	419	99	63	59	11885	5281	3751	30	35	30
Buenaventura D.E.	282	161	99	5	4	4	2410	689	837	14	8	8	5	2	4	813	506	232	14	21	14
Caldas	8	2	1	6	3	3	21883	7458	5454	964	256	306	318	109	187	7934	3392	2755	20	27	20
Santiago de Cali D.E.	1	1	0	26	22	16	62476	22756	17334	1659	630	485	223	72	102	37221	11962	10162	60	72	60
Caquetá	108	17	31	3	4	2	6413	3034	2184	525	152	149	6	7	4	4270	1728	1380	10	18	10
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	4	6	1	45373	17354	15498	3056	288	1022	417	198	260	13118	3982	4202	31	63	31
Casanare	12	2	1	1	1	0	5114	2312	1546	111	50	26	48	1	42	2463	1110	782	10	19	10
Cauca	300	232	71	14	6	9	26917	10219	7547	1094	262	389	105	66	69	10735	5206	3317	44	64	44
Cesar	1	2	1	14	3	11	28150	10486	8567	1289	561	314	103	57	60	5935	3458	1627	47	64	47
Chocó	3635	2542	942	10	5	5	7856	2065	2145	283	189	105	10	10	6	4133	1118	1436	32	46	32
Córdoba	1242	889	257	6	6	4	47557	14633	15099	2481	448	822	408	222	254	12158	4357	3430	60	91	60
Cundinamarca	0	0	0	22	17	13	83505	28722	26910	3377	1035	1144	269	365	158	41109	14702	13049	97	100	97
Guainía	1098	281	251	0	2	0	495	158	171	31	19	12	0	0	0	446	143	133	8	6	8
Guaviare	289	114	68	0	1	0	1376	574	430	214	27	96	20	7	16	1062	326	343	1	3	1
Huila	0	0	0	7	7	4	17130	10935	5766	1013	451	427	157	68	110	12689	4392	3906	56	47	56
La Guajira	11	4	5	3	3	2	63498	14759	20417	1014	609	257	178	71	114	10949	3390	3397	58	99	58
Magdalena	1	1	0	2	4	1	34255	7970	10073	784	216	260	4	19	2	9322	3153	2788	22	40	22
Meta	460	56	72	5	4	2	18633	6713	5926	741	216	274	58	70	31	11185	4770	3019	43	43	43
Nariño	987	1004	324	22	9	10	32306	12457	8426	2115	496	697	46	28	24	12438	6169	3783	42	54	42
Norte de Santander	176	111	41	25	11	16	49247	15017	15158	3141	852	1027	275	143	175	14312	5254	3784	37	54	37
Putumayo	37	4	5	2	3	1	10138	2642	3722	334	128	117	14	6	7	4498	1148	1332	14	14	14
Quindío	2	3	0	6	1	2	14469	6178	4190	741	249	223	148	67	81	8079	3147	2468	22	15	22
Risaralda	588	318	89	18	8	8	29650	8612	7890	1096	277	267	107	69	60	10636	4332	3161	26	28	26
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	2	0	1220	787	391	211	48	68	4	0	4	505	275	222	1	3	1
Santa Marta D.T.	0	0	0	3	2	3	14346	4895	4091	1055	162	219	196	147	101	5080	1095	1349	19	22	19
Santander	5	1	2	27	9	19	69401	15840	22149	4447	1022	1549	607	359	411	25001	7948	7108	47	54	47
Sucre	20	5	5	5	5	2	26589	7373	8580	2417	411	740	264	218	164	5958	2339	1822	31	47	31
Tolima	5	0	3	6	7	4	36459	13180	11609	2901	507	1036	109	59	60	15680	5444	4399	33	36	33
Valle del Cauca	9	5	0	12	12	5	36427	12614	10824	973	272	306	316	82	170	18510	6924	6400	42	52	42
Vaupés	344	173	439	2	2	2	1686	227	817	43	7	13	0	0	0	724	96	379	2	3	2
Vichada	520	140	95	1	1	0	554	365	219	0	3	0	0	0	0	332	160	106	9	9	9
Total nacional	13.465	7.426	3.121	403	300	243	1.600.302	527.707	490.250	75.460	20.337	24.573	9.166	5.302	5.740	648.451	236.636	193.446	1.488	1.855	1.488

43

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 13

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	30	3	4	0	0	0
Antioquia	3	3	0	162	60	28	8	2	0	461	52	83	633	194	180	62	28	8
Arauca	0	0	0	12	2	4	0	0	0	11	1	6	37	8	13	3	0	0
Atlántico	1	1	0	23	6	4	0	0	0	6	1	1	189	61	73	3	1	0
Barranquilla D.E.	0	1	0	33	7	10	0	0	0	20	2	5	230	48	94	7	3	1
Bogotá D.C.	5	4	0	370	103	125	184	2	9	343	85	85	1153	393	372	183	62	64
Bolívar	5	1	0	10	3	5	1	0	0	12	2	5	114	32	25	2	0	2
Boyacá	0	1	0	41	13	12	6	0	0	17	2	4	170	64	55	26	10	3
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	10	2	4	0	0	0
Caldas	0	1	0	8	5	1	0	0	0	10	1	3	92	32	21	5	0	1
Santiago de Cali D.E.	0	1	0	44	16	14	0	1	0	13	2	0	233	104	61	28	13	5
Caquetá	0	1	0	10	3	4	0	0	0	0	1	0	86	17	32	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	0	1	0	13	6	2	0	0	0	34	1	3	83	33	22	0	0	0
Casanare	0	1	0	16	2	6	0	0	0	40	0	5	52	19	13	0	0	0
Cauca	0	1	0	10	7	0	1	0	0	13	2	2	66	33	17	35	7	3
Cesar	0	1	0	23	5	4	0	1	0	31	1	0	110	26	44	4	0	1
Chocó	0	1	0	3	0	1	0	0	0	45	10	4	11	3	1	3	0	1
Córdoba	0	2	0	30	11	10	0	1	0	8	1	3	240	75	105	15	3	4
Cundinamarca	1	2	0	93	24	27	71	1	3	54	19	13	532	168	170	34	11	9
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	7	0	2	0	0	0
Guaviare	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	19	5	4	1	1	0
Huila	4	1	0	37	13	12	2	0	0	9	4	1	99	43	29	3	1	0
La Guajira	0	1	0	6	3	2	0	1	0	22	6	1	65	42	21	4	1	2
Magdalena	1	1	0	7	2	4	0	0	0	9	0	2	72	18	29	0	0	0
Meta	3	1	0	15	6	2	4	0	0	36	3	10	89	35	23	6	0	2
Nariño	4	1	0	32	11	7	0	0	0	15	7	6	189	60	69	13	2	4
Norte de Santander	0	1	0	46	16	12	0	1	0	66	3	6	431	76	183	3	0	3
Putumayo	0	0	0	14	4	4	0	0	0	9	1	1	41	13	11	4	1	2
Quindío	0	0	0	9	3	2	0	0	0	11	1	3	74	28	27	10	2	4
Risaralda	0	1	0	14	5	8	0	0	0	62	2	4	137	52	40	7	0	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	2	23	2	14	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	5	1	1	0	0	0	9	2	1	66	7	13	0	0	0
Santander	1	1	0	19	7	3	0	1	0	107	6	24	288	72	73	11	2	1
Sucre	1	1	0	5	6	0	2	0	0	21	4	6	91	35	26	10	7	0
Tolima	2	1	0	11	6	5	3	0	0	14	3	6	154	62	46	9	3	1
Valle del Cauca	2	1	0	38	11	3	0	0	0	3	2	0	248	97	80	6	3	1
Vaupés	0	0	0	1	0	0	0	0	0	46	0	11	1	1	0	2	1	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	1	0	0	13	0	8	26	3	16	0	0	0
Total nacional	34	29	0	1.164	404	322	284	3	12	1.580	228	320	6.191	2.076	2.012	499	162	124

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 13

 Decremento
 Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis cutánea	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	14	12	0	0	16	19	3	0
Antioquia	0	1	0	0	570	750	0	4	1337	1236	357	143
Arauca	0	1	0	0	78	64	0	0	41	64	8	3
Atlántico	0	0	0	0	81	80	0	0	225	199	0	0
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	46	42	0	0	223	194	0	0
Bogotá D.C.	0	0	0	0	914	717	0	2	1289	1392	0	0
Bolívar	0	0	0	0	112	147	0	3	140	110	125	99
Boyacá	1	1	0	0	140	146	0	0	259	216	54	27
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	39	31	0	0	26	22	4	6
Caldas	0	0	0	0	45	49	0	3	297	280	65	28
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	130	144	1	0	456	442	0	0
Caquetá	0	0	0	0	52	45	0	0	62	48	79	34
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	74	123	0	0	142	137	1	0
Casanare	4	0	0	1	85	70	0	0	69	65	1	2
Cauca	0	0	0	0	75	72	0	0	218	220	16	6
Cesar	1	0	0	0	180	181	0	0	160	128	42	80
Chocó	0	0	0	0	223	221	0	1	35	37	82	36
Córdoba	0	0	0	0	155	120	0	2	265	260	55	31
Cundinamarca	0	0	0	0	335	315	1	1	560	638	60	12
Guainía	0	0	0	0	15	9	0	0	7	7	4	2
Guaviare	0	0	0	0	32	20	0	0	16	11	99	37
Huila	0	0	0	0	115	118	0	8	207	187	2	2
La Guajira	0	0	0	0	457	445	0	0	64	65	10	4
Magdalena	0	0	0	0	151	151	0	1	92	78	3	4
Meta	0	0	0	0	113	110	0	1	173	140	65	25
Nariño	0	0	0	0	168	192	0	0	359	360	74	22
Norte de Santander	0	0	0	0	187	143	0	0	265	276	71	29
Putumayo	0	0	0	0	56	59	0	0	82	62	81	9
Quindío	0	0	0	0	26	27	0	0	133	118	0	0
Risaralda	0	0	0	0	111	119	0	0	307	286	29	16
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	3	4	0	0	7	5	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	28	30	0	0	72	69	4	1
Santander	2	1	0	0	130	109	0	0	395	365	220	183
Sucre	0	0	0	0	69	90	0	4	126	100	36	29
Tolima	1	0	0	0	97	100	1	3	286	271	70	23
Valle del Cauca	0	0	0	0	123	152	2	11	329	312	5	1
Vaupés	0	0	0	0	18	9	0	0	18	5	11	0
Vichada	0	0	0	0	65	38	0	0	5	7	11	3
Total nacional	13	4	0	1	5.315	5.254	5	44	8.764	8.431	1.765	897

45

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 13

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y 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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	13	3	5	5	2	0	7	8	4	1	35	59
Arauca	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Atlántico	1	1	2	0	0	0	1	2	1	0	8	9
Barranquilla D.E.	3	1	1	0	0	0	1	2	0	0	6	11
Bogotá D.C.	2	0	6	6	0	0	5	5	0	0	40	255
Bolívar	2	0	3	0	1	0	2	4	2	2	6	3
Boyacá	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	6	9
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	2	2
Caldas	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	5	5
Santiago de Cali D.E.	3	1	1	0	1	0	1	0	0	0	11	13
Caquetá	8	1	1	3	0	0	1	1	1	0	2	1
Cartagena de Indias D.T.	4	0	1	2	0	0	1	4	0	0	5	12
Casanare	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1
Cauca	1	0	3	1	1	1	2	1	0	0	8	1
Cesar	1	0	3	3	2	0	2	3	3	1	7	12
Chocó	1	0	3	3	7	9	9	8	12	2	3	3
Córdoba	1	1	3	0	1	0	3	1	1	1	10	10
Cundinamarca	3	2	3	2	0	0	2	0	0	0	18	29
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Guaviare	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Huila	2	2	2	1	0	1	1	1	1	0	6	8
La Guajira	0	1	6	2	7	3	6	5	11	5	5	0
Magdalena	1	0	1	1	0	0	2	2	5	0	5	2
Meta	0	0	2	1	1	0	2	4	0	0	6	13
Nariño	2	1	3	1	0	1	3	4	1	0	9	6
Norte de Santander	2	1	3	0	0	0	1	1	0	0	9	22
Putumayo	0	1	0	0	0	2	1	1	0	0	2	2
Quindío	3	1	1	1	0	0	1	1	0	0	3	2
Risaralda	4	2	2	2	3	1	2	5	3	0	5	6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	6
Santander	1	2	1	0	0	1	1	3	0	0	12	15
Sucre	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	5	8
Tolima	7	10	2	1	0	0	4	1	0	0	7	5
Valle del Cauca	2	1	1	1	1	1	4	2	1	0	11	25
Vaupés	0	1	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0
Vichada	0	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	0
Total nacional	336	308	60	39	36	25	85	71	70	13	267	557

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 13

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa 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 nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	4	7	0	0	14	19	1	0	152	152
Antioquia	34	35	316	381	0	1	960	1206	31	36	5474	3732
Arauca	10	4	47	36	0	0	37	39	0	0	315	344
Atlántico	12	4	92	83	0	1	124	159	4	6	621	552
Barranquilla D.E.	11	8	103	104	0	0	219	273	5	7	575	685
Bogotá D.C.	31	28	227	311	0	0	335	394	10	11	6939	6367
Bolívar	10	7	74	92	1	1	55	55	1	0	560	566
Boyacá	7	4	23	22	0	0	45	45	1	1	1078	1002
Buenaventura D.E.	5	3	38	45	0	0	46	59	1	0	94	64
Caldas	6	6	39	41	0	0	83	77	1	4	730	770
Santiago de Cali D.E.	6	6	122	190	0	0	375	422	13	10	1857	1456
Caquetá	4	3	25	28	0	0	66	84	2	4	269	238
Cartagena de Indias D.T.	22	17	84	125	0	0	111	135	1	1	349	430
Casanare	9	5	36	36	0	0	39	60	1	2	194	261
Cauca	5	3	48	54	0	0	77	76	1	1	779	770
Cesar	10	10	92	63	0	0	121	141	0	4	516	465
Chocó	16	8	71	43	0	0	61	65	1	0	112	117
Córdoba	7	4	80	73	1	0	73	89	2	1	836	734
Cundinamarca	17	7	99	114	0	0	132	185	3	9	3228	3471
Guainía	3	3	4	7	0	0	6	4	0	0	46	44
Guaviare	1	0	7	6	0	0	10	9	0	0	85	82
Huila	2	6	38	55	0	1	122	122	2	5	1564	1423
La Guajira	17	6	100	75	0	0	142	200	2	3	323	325
Magdalena	8	2	65	68	1	0	48	48	1	2	341	322
Meta	11	13	65	69	0	0	166	179	6	2	569	601
Nariño	3	6	60	67	0	0	45	51	1	1	1042	1202
Norte de Santander	19	4	130	127	0	0	190	223	4	4	916	977
Putumayo	2	1	25	12	0	0	26	26	1	0	345	389
Quindío	2	3	24	28	0	0	70	82	1	1	608	516
Risaralda	6	1	43	48	0	0	169	191	7	1	897	910
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	2	2	0	0	3	4	0	1	56	45
Santa Marta D.T.	5	1	31	59	0	0	70	96	2	0	161	137
Santander	17	8	109	129	0	0	275	341	7	4	1529	1644
Sucre	6	3	56	62	0	0	24	31	0	0	476	432
Tolima	8	8	40	50	0	0	151	165	4	4	723	742
Valle del Cauca	8	8	79	121	0	0	193	292	6	8	1718	1718
Vaupés	1	1	2	4	0	0	5	6	0	0	64	88
Vichada	2	0	10	7	0	0	8	6	0	0	61	60
Total nacional	364	236	2.599	2.844	2	4	4.696	5.659	123	133	36.204	33.833



Semana epidemiológica 13

29 de marzo al 04 de abril del 2026

TEMA CENTRAL

Enfermedad de Chagas

Directora General INS
Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos
Lina Yessenia Lozano Lesmes
Directora (e) Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo
Subdirectora 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



Boletín Epidemiológico Semanal

Autores: Tema central: María Alejandra Cabrera Polanía. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Mísael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz, Natalí Paola Cortés. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Johanna Agudelo, Lyda Montaña, Claudia Montaña, Adriana Monje. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Lina Yessenia Lozano Lesmes. **Corrector de estilo:** María Fernanda Campos Maya. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

48# de páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.13>