

Capacidades territoriales para la gestión del riesgo ante brotes y emergencias en salud pública, Colombia, 2024-2026

*De la evaluación a la acción: fortaleciendo las
capacidades territoriales para responder a brotes
y emergencias*

Semana
epidemiológica
02 al 08 de agosto de 2026

31



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

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

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

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



Pág.

	Tema central	3
Capacidades territoriales para la gestión del riesgo ante brotes y emergencias en salud pública, Colombia, 2024-2026		
	Situación nacional	6
	Mortalidad	8
	Eventos trazadores	16
	Brotes y alertas	35
	Tablas de mando por departamento	39



TEMA CENTRAL

Capacidades territoriales para la gestión del riesgo ante brotes y emergencias en salud pública, Colombia, 2024–2026

Sandra Patricia Silva Duarte, ssilva@ins.gov.co

La ocurrencia de brotes, epidemias y emergencias en salud pública requiere que las entidades territoriales dispongan de capacidades para anticipar riesgos, detectar oportunamente eventos, valorar y organizar una respuesta efectiva.

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud (INS), a través del Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata (GGRI), realiza periódicamente la evaluación de capacidades básicas para la gestión del riesgo, como herramienta para identificar fortalezas, oportunidades de mejora y orientar los procesos de asistencia técnica territorial.

Durante el primer trimestre de 2026, se realizó la evaluación a las 38 entidades territoriales (32 departamentos, 6 distritos) mediante 70 variables correspondientes a las fases del Modelo de Preparación y Respuesta en Salud Pública: preparación, identificación, valoración y análisis y respuesta. La evaluación incluyó la verificación mediante evidencias documentales, lo que permitió contrastar las capacidades declaradas por las entidades territoriales con las verificadas. Para analizar la evolución de las capacidades se utilizó el período 2024–2026, considerado metodológicamente comparable.

Evolución de las capacidades territoriales, 2024–2026

Para las comparaciones entre las fases del modelo, los valores de p se ajustaron por comparaciones múltiples mediante el método de Holm. Entre 2024 y 2026 se evidenció fortalecimiento de las capacidades básicas, con un incremento estadísticamente significativo mejoría (p ajustado = 0,017) de 7,9 puntos en la mediana, con un intervalo de confianza (IC) del 95,0 % (entre 1,8 y 15,7 puntos), además, el 71,0 % de las entidades territoriales presentó una trayectoria ascendente.

El mayor progreso se observó en la fase de preparación, con un incremento de 13,0 puntos (p ajustado = 0,001), seguida de Identificación, con 8,5 puntos (p = 0,025), evidenciando una significancia estadística de mejoría.

Las fases de valoración y análisis y respuesta también registraron incrementos de 6,0 puntos (p ajustado = 0,370) y 7,0 puntos (p ajustado = 1,000) respectivamente; sin embargo, estos cambios no lograron evidencia estadística suficiente para establecer una mejoría durante el período (tabla 1).

Tabla 1. Fortalecimiento de las capacidades básicas para la gestión del riesgo ante brotes y emergencias en salud pública, Colombia 2024–2026

Fase	Dif. medianas*	IC 95 %	r**	p (Holm)***	Interpretación
Preparación	+13,0	5,0 a 19,0	0,70	0,001	Mejora
Identificación	+8,5	3,5 a 14,8	0,49	0,025	Mejora
Capacidad total	+7,9	1,8 a 15,7	0,51	0,017	Mejora
Valoración y análisis	+6,0	0,0 a 12,0	0,34	0,370	Sin evidencia
Respuesta	+7,0	0,0 a 17,5	0,20	1,000	Sin evidencia

*Dif. mediana: diferencia entre la mediana de puntajes entre 2024 y 2026.

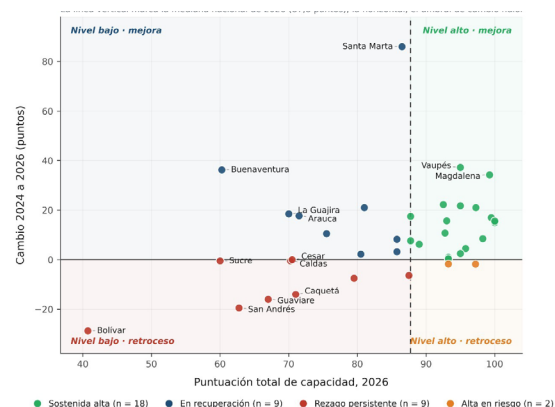
r: tamaño del efecto. *p (Holm): valor p ajustado por el método de Holm para comparaciones múltiples.

Fuente: Evaluación de capacidades básicas en gestión del riesgo, GGRRI, INS, 2024–2026.

Trayectorias territoriales de las capacidades

El fortalecimiento mostró comportamientos diferenciados entre los territorios; es decir, el comportamiento nacional favorable no implica que todas las entidades territoriales presenten el mismo nivel de fortalecimiento. El nivel alcanzado en 2026 y los cambios registrados entre 2024 y 2026 permitieron identificar diferentes trayectorias territoriales. Dieciocho entidades presentaron niveles por encima de la mediana nacional y mostraron una tendencia al alza. Por otra parte, nueve entidades registraron niveles inferiores a la mediana nacional, acompañados de un comportamiento desfavorable o de la ausencia de una trayectoria de mejora sostenida (figura 1).

Figura 1. Trayectorias territoriales según nivel de capacidad alcanzado y cambio observado, Colombia 2024 - 2026



Fuente: Evaluación de capacidades básicas en gestión del riesgo, GGRRI, INS, 2024–2026.

Paralelamente, el índice de Gini bajó de 0,127 en 2024 a 0,089 en 2026, comportamiento compatible con una reducción de las desigualdades en la distribución territorial de las capacidades. No obstante, esta convergencia no pudo establecerse estadísticamente ($p = 0,071$).

Priorización territorial para el fortalecimiento de capacidades

Para establecer esta priorización territorial se consideraron tres criterios: **1.** La capacidad actual (2026), **2.** El número de puntos que separan cada entidad territorial de la mediana nacional y **3.** El periodo de avance entre 2024 y 2026.

Este enfoque permitió diferenciar las entidades que, aunque tienen capacidades bajas, se encuentran mejorando. Bolívar presentó la situación de mayor prioridad, con un puntaje de 40,8 en 2026 y una disminución de 28,8 puntos respecto a 2024. También se identificaron trayectorias de retroceso en el Archipiélago de San Andrés, Guaviare y Caquetá.

En contraste, Buenaventura, pese a mantener un nivel bajo de capacidad en 2026, presentó un incremento de 36,2 puntos, al igual que La Guajira y Arauca, que mostraron trayectorias de mejoramiento. Caldas, Cesar y Sucre presentaron comportamientos estáticos en el tiempo.

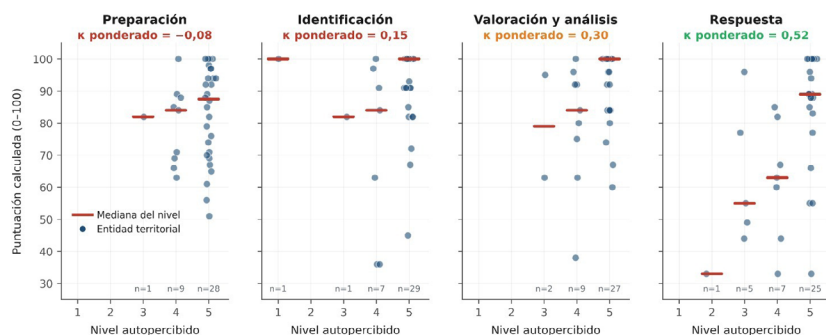
Estos resultados subrayan la importancia de no interpretar únicamente el puntaje alcanzado como una medición, sino considerar también la trayectoria de cada territorio para orientar de manera diferenciada las acciones.

Concordancia entre la capacidad declarada y la capacidad verificada

En 2026, se observaron diferencias entre la evaluación autoasignada por las entidades territoriales y la verificada mediante evidencias documentales. La concordancia fue menor en las primeras fases del modelo (preparación, identificación, valoración y análisis) y aumentó en la fase de respuesta. El coeficiente kappa ponderado en las distintas fases fue de -0,08 en la fase de preparación; 0,15 en la fase de identificación; 0,30 en la fase de valoración y 0,52 en la fase de respuesta (figura 2).

De acuerdo con los resultados, la incorporación de evidencias documentales puede contribuir a la objetividad de la medición y a identificar con mayor precisión las necesidades territoriales.

Figura 2. Concordancia entre la autoevaluación institucional y la capacidad verificada mediante evidencias de acuerdo con la fase, Colombia, 2026



Fuente: Evaluación de capacidades básicas en gestión del riesgo, GRRRI, INS, primer trimestre de 2026.

Brechas en la capacidad de respuesta ante brotes y emergencias

Aunque los resultados indicaron un fortalecimiento general, persisten oportunidades de mejora, principalmente en la capacidad operativa y logística de las entidades territoriales y de sus Equipos de Respuesta Inmediata (ERI).

La mayor brecha identificada correspondió a la autonomía logística para garantizar la permanencia de los equipos en terreno, criterio cumplido por 19 de las 38 entidades territoriales (50,0 %).

La elaboración del plan de acción y la realización de reuniones preparatorias antes del despliegue del ERI alcanzaron un 55,3 %, seguidas de la realización de simulaciones y simulacros, con 56,6 %.

Además, la disponibilidad de un repositorio documental de las Salas de Análisis del Riesgo (SAR) presentó un cumplimiento del 65,8 %, mientras que el entrenamiento de los ERI en búsqueda activa comunitaria (BAC), búsqueda activa institucional (BAI), monitoreo rápido de coberturas (MRC) y otras estrategias de trabajo de campo alcanzó el 68,4 %.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que las acciones de fortalecimiento deben trascender la disponibilidad formal de procedimientos y orientarse a garantizar capacidades efectivamente operativas ante la ocurrencia de brotes o emergencias en el ámbito territorial.

Conclusiones

- En el periodo 2024 y 2026 se evidenció un notable fortalecimiento de las capacidades básicas para la gestión del riesgo ante brotes y emergencias en salud pública en Colombia, con incremento significativo de la capacidad total, con avances especialmente en preparación e identificación.
- El 71,0 % de las entidades territoriales presentó trayectorias en ascenso, sin embargo, existen diferencias importantes en el nivel alcanzado y en la evolución territorial.
- El índice de Gini disminuyó, lo que sugiere una reducción de las desigualdades territoriales en las capacidades, aunque no se demostró estadísticamente convergencia entre estas.
- La baja concordancia entre la autoevaluación y la capacidad verificada, en especial en las primeras etapas, resalta la necesidad de mantener un seguimiento territorial y nacional.
- Las principales oportunidades de fortalecimiento se concentran en aspectos operativos de la respuesta: autonomía logística para el trabajo en terreno, plan de acción de los ERI, simulaciones y simulacros, gestión documental de las SAR y entrenamiento de los equipos de respuesta inmediata.

Recomendaciones

A las entidades territoriales y al Instituto Nacional de Salud (INS) se recomienda:

- Fortalecer de manera diferenciada las capacidades de las entidades territoriales de acuerdo con su nivel actual y trayectoria.
- Las asistencias técnicas deben enfocarse en las brechas operativas identificadas, especialmente aquellas relacionadas con logística y el fortalecimiento de los ERI.
- Es importante promover la realización periódica de simulaciones y simulacros, insumo de importancia que permite verificar los mecanismos de preparación y respuesta.
- Fortalecer los procesos de documentación que permitan demostrar objetivamente las capacidades disponibles.
- Mantener una evaluación periódica como herramienta para monitorear la evolución territorial, detectar retrocesos a tiempo y guiar nuestras decisiones sobre cómo fortalecer las capacidades para gestionar brotes y emergencias en salud pública.

SITUACIÓN NACIONAL

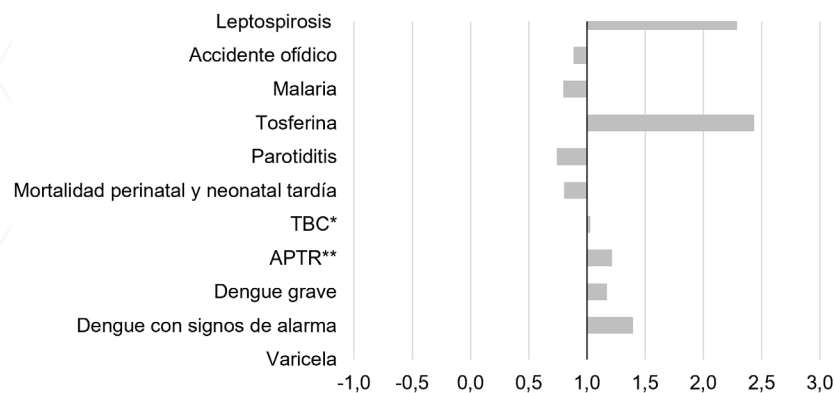
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 31 de 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 3).

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 31 del 2026



Fuente: Savigila, 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 de su comportamiento histórico de la notificación (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 31 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	114 034	113 865	0,06	0,95

Fuente: Savigila, 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 31 del 2026, el evento de zika se encontró por encima de lo esperado, mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 31 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	9	2	0,00
Leishmaniasis cutánea	11	97	0,00
Lepra	6	6	0,16
Chikunguña	0	1	1,00
Leishmaniasis mucosa	1	2	0,18
Mortalidad por dengue	4	4	0,20
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	1	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 Sivigila 4.0.

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 31 de 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 99,91 % (1 122 de 1 123 UNM), en el cual el municipio de Cértegui (Chocó) presentó silencio epidemiológico. Según este reporte municipal, se observó una disminución de 0,09 puntos porcentuales con respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 31 de 2025, cuando el cumplimiento fue del 100,0 %. Si bien se presentó el silencio epidemiológico de un municipio para esta semana, el país cumplió con la meta establecida para este nivel de información que es un cumplimiento $\geq 98,0$ %.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 99,6 % (4 761 / 4 780); observando una disminución de 0,4 % con respecto a la semana anterior y la semana 31 del año 2025 donde el cumplimiento fue del 100,0 %. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

Con relación al incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 31 de 2026, a nivel nacional se detectó que el 0,4 % (19) de las UPGD caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico, estas corresponden a UPGD de las entidades territoriales de Chocó (6), Risaralda (5), Quindío (4), Cali (2), Bogotá (1) y Norte de Santander (1).

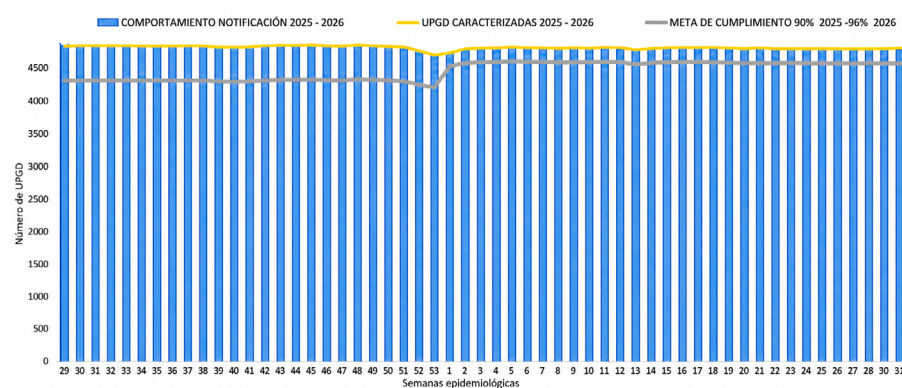
Durante la semana epidemiológica 31 de 2026 se realizó seguimiento a las entidades territoriales que presentaron silencio epidemiológico, identificándose que esta situación estuvo asociada principalmente a las afectaciones derivadas del evento sísmico ocurrido en Colombia el 10 de agosto de 2026.

Entre las principales afectaciones reportadas se identificaron daños en la infraestructura física de las instituciones de salud y viviendas del personal de salud, interrupciones o fallas en el suministro de energía eléctrica y ausencia o limitaciones en la conectividad, condiciones que dificultaron temporalmente la operación de las UPGD y el envío oportuno de la información al Sivigila. En este contexto, el silencio epidemiológico identificado no estuvo necesariamente relacionado con la ausencia de gestión de las entidades territoriales, sino con las restricciones operativas ocasionadas por la emergencia y las afectaciones sobre la infraestructura y los servicios requeridos para garantizar la notificación.

En el marco de la atención de la emergencia, desde el Instituto Nacional de Salud, se realizó el despliegue de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) para apoyar a las instituciones y entidades territoriales afectadas en el desarrollo de las acciones de vigilancia en salud pública y contribuir al restablecimiento de las condiciones necesarias para garantizar la continuidad de los procesos de notificación y seguimiento epidemiológico. Esta actuación se articula con el propósito de los ERI de apoyar la respuesta ante situaciones de alerta o emergencia en salud pública y desarrollar acciones de vigilancia, gestión de la información y respuesta en el territorio.

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 4 571 UPGD en la semana analizada (figura 4).

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 31 de 2026



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 31 del 2026, se han notificado 386 muertes probables en menores de cinco años, siete (7) casos de infección respiratoria aguda (IRA), dos (2) de desnutrición aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 376 casos notificados de residentes en Colombia, 231 fueron por IRA, 78 por desnutrición (DNT) aguda y 67 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 167 fueron confirmados, 69 descartados y 140 se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. 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 31 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 31 2026			Casos en estudio a SE 31 2026			Tasa a SE 31 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	44	88	35	27	92	21	1,21	2,42	0,96
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	2	9	0	5	13	3	0,48	2,15	0,00
Arauca	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00	4,30
Atlántico	0	2	0	0	1	0	0,00	1,69	0,00
Barranquilla	1	3	1	0	2	0	1,24	3,71	1,24
Bogotá, D.C.	0	8	0	0	13	1	0,00	1,88	0,00
Bolívar	2	4	0	1	4	0	1,83	3,66	0,00
Boyacá	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	1	2	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	1	0	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	2	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	0	0	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	1	1	2	3	1	0,00	0,82	0,82
Cesar	4	6	2	4	1	1	2,98	4,47	1,49
Chocó	13	13	8	5	12	2	20,09	20,09	12,36
Córdoba	1	6	0	0	4	1	0,59	3,55	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	4	0	0,00	0,88	0,00
Huila	0	2	1	0	0	0	0,00	1,89	0,95
La Guajira	13	7	7	3	9	2	11,65	6,27	6,27
Magdalena	0	2	3	1	1	1	0,00	2,23	3,34
Meta	2	3	0	0	3	1	2,35	3,52	0,00
Nariño	0	4	2	0	1	0	0,00	3,20	1,60
Norte de Santander	0	3	0	0	0	0	0,00	2,61	0,00
Putumayo	1	0	1	0	0	1	2,99	0,00	2,99
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	2	2	1	6	0	0,00	3,39	3,39
Santa Marta	1	0	1	0	0	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	1	1	0	2	0	0,00	0,66	0,66
Sucre	0	1	1	0	0	0	0,00	1,15	1,15
Tolima	0	2	0	1	2	2	0,00	2,19	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	1	1	2	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	4	0	1	2	3	1	23,54	0,00	5,89

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

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

Nota: las entidades territoriales que no registraron casos a SE 31 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 31 del 2026 se han notificado 231 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 49 confirmadas por laboratorio, 39 confirmadas por clínica, 51 descartadas, y 92 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,42 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 31 fueron 181, para una tasa de mortalidad de 4,91 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 31 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Bogotá, D.C, Bolívar, Santiago de Cali, Caquetá, Córdoba, La Guajira y Valle del Cauca y, a nivel municipal, en Dabeiba, Valledupar, Riosucio y Puerto Gaitán. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 31 de 2026 son *Rhinovirus*, *Bordetella pertussis*, y enterovirus entre otros (tabla 5).

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 31, 2025-2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Rhinovirus</i>	10	2	5	1	0	18	9	2	1	2	2	16
<i>Bordetella pertussis</i>	8	0	0	0	0	8	14	0	0	0	0	14
Enterovirus	8	1	2	1	0	12	4	2	0	2	2	10
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	2	1	1	0	7	4	1	0	1	2	8
<i>Adenovirus</i>	4	0	1	1	1	7	1	1	1	3	1	7
<i>Haemophilus influenzae B</i>	6	4	0	1	0	11	3	2	0	1	1	7
<i>Staphylococcus aureus</i>	7	1	1	0	0	9	5	1	1	0	0	7
Virus Sincitial Respiratorio	9	2	2	0	0	13	7	0	0	0	0	7
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	4
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	3	1	0	0	6	2	1	0	0	1	4
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	3
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
Influenza A	4	0	2	1	0	7	0	0	0	0	1	1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	4	1	0	1	0	6	1	0	0	0	0	1
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	75	20	16	7	1	119	56	11	5	10	11	93

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 31 de 2026 se han notificado 78 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 44 confirmadas, siete (7) descartadas y 27 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,21 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 31 fue de 107, para una tasa de mortalidad de 2,90 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 31 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Chocó, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander y Risaralda, y a nivel municipal en Bagadó, Medio Baudó, Riohacha,

Maicao, y Manaure. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 31 de 2026 se han notificado 67 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 33 confirmadas por clínica, dos (2) confirmadas por laboratorio, 11 descartadas y 21 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,96 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 31 fue de 51 para una tasa de mortalidad de 1,38 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 31 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de Chocó, La Guajira, Magdalena y Risaralda, y a nivel municipal, en Bagadó y Uribia. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM <https://www.binass.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 31 de 2026 se notificaron al Sivigila ocho (8) casos: seis (6) muertes maternas tempranas y dos (2) muertes maternas tardías. El país acumula 86 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 82 residen en territorio colombiano y cuatro (4) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 6).

Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 31, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	157	92	48	297
2024	125	87	32	244
2025	111	97	30	238
2026p	82	70	32	184

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 26 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá D.C., Antioquia, La Guajira, Chocó y Magdalena. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en los departamentos de Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Córdoba, Norte de Santander y Santander; sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 7).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Frontino (Antioquia), San Martín de Loba (Bolívar), Caldono (Cauca), Buenavista (Córdoba), Santa Ana (Magdalena); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 31 de 2026, el 56,1 % corresponde a causas directas y el 35,4 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 19,5 % (tabla 9).

Tabla 7. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 31 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 31	Acumulado de casos a SE 31	
		2025	2026
Colombia	138	111	82
Bogotá, D.C.	11	10	11
Antioquia	13	13	9
La Guajira	11	8	7
Chocó	8	4	5
Magdalena	5	1	5
Cartagena	4	1	4
Cesar	7	10	4
Cundinamarca	7	5	4
Nariño	7	5	4
Caquetá	2	1	3
Cauca	5	1	3
Risaralda	3	3	3
Tolima	4	3	3
Boyacá	3	2	2
Huila	3	2	2
Quindío	1	1	2
Sucre	2	1	2
Bolívar	5	5	1
Buenaventura	2	1	1
Santiago de Cali	3	3	1
Casanare	1	3	1
Córdoba	5	4	1
Meta	3	1	1
Santa Marta	3	1	1
Valle del Cauca	2	2	1
Vichada	2	1	1
Arauca	1	0	0
Atlántico	5	5	0
Barranquilla	4	4	0
Caldas	1	0	0
Guainía	1	2	0
Norte de Santander	5	5	0
Putumayo	1	0	0
Santander	3	3	0

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

Tabla 8. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 31 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 31	Valor observado SE 31
Colombia	138	82
Frontino (Antioquia)	0	1*
San Martín de Loba (Bolívar)	0	1*
Caldono (Cauca)	0	1*
Buenavista (Córdoba)	0	1*
Santa Ana (Magdalena)	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 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 31 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 31	Número de casos y proporción a SE 31 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	118	125	100	111	100	82	100
DIRECTA	74	78	62,4	70	63,1	46	56,1
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	25	24	19,2	25	22,5	16	19,5
Hemorragia obstétrica	22	25	20,0	19	17,1	8	9,8
Evento tromboembólico como causa básica	7	7	5,6	7	6,3	8	9,8
Sepsis obstétrica	6	6	4,8	6	5,4	5	6,1
Embarazo ectópico	6	5	4,0	6	5,4	3	3,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	3,2	5	4,5	3	3,7
Embolia de líquido amniótico	2	3	2,4	0	0,0	1	1,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	2,4	2	1,8	1	1,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Otras causas directas	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	42	45	36,0	39	35,1	29	35,4
Otras causas indirectas	16	18	14,4	13	11,7	17	20,7
Otras causas indirectas: neumonía	8	5	4,0	10	9,0	6	7,3
Sepsis no obstétrica	7	6	4,8	8	7,2	3	3,7
Otras causas indirectas: cáncer	6	8	6,4	4	3,6	3	3,7
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	1,8	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	1,6	2	1,8	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	4	3,2	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	0,9	0	0,0
En estudio	2	2	1,6	1	0,9	7	8,5

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

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

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

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

A semana epidemiológica 31 del 2026 se han notificado 3 668 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 631 corresponden a residentes en Colombia y 37 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, La Guajira y Córdoba. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 31 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Casanare, Putumayo, Guaviare, y San Andrés y Providencia (tabla 10).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Dosquebradas (Risaralda), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), La Estrella (Antioquia), Alto Baudó (Chocó), Arauquita (Arauca), Roberto Payán (Nariño), Isnos (Huila), Peñol (Antioquia), Cicuco (Bolívar), Paipa (Boyacá), Bahía Solano (Chocó), Quimbaya (Quindío), Guamo (Tolima), Zambrano (Bolívar), Tolú Viejo (Sucre), Restrepo (Valle del Cauca), Cisneros (Antioquia), Giraldo (Antioquia), La Peña (Cundinamarca), Tesalia (Huila), La Tola (Nariño), Paz de Río (Boyacá), Marulanda (Caldas), Jerusalén (Cundinamarca), Salento (Quindío), Betulia (Santander) y Palmito (Sucre) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,7 %, seguido de neonatales tempranas con 27,7 %, neonatales tardías con 18,1 %, y las fetales intraparto con 11,5 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,4 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,4 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 14,0 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 31 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 10. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 31 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 31	Acumulado de casos a SE 31	
		2025	2026
Colombia	4 463	3 345	3631
Bogotá, D.C.	470	376	450
Antioquia	503	399	447
Cundinamarca	248	223	214
La Guajira	237	161	163
Córdoba	226	141	157
Santiago de Cali	179	158	151
Cesar	158	125	135
Bolívar	134	99	124
Cauca	146	95	122
Barranquilla	162	94	120
Santander	136	91	105
Norte de Santander	135	90	104
Valle del Cauca	125	104	104
Nariño	123	126	100
Huila	107	72	99
Chocó	108	62	95
Cartagena de Indias	137	91	93
Meta	109	103	85
Sucre	111	62	85
Atlántico	131	78	73
Magdalena	113	88	70
Boyacá	83	68	65
Tolima	90	61	64
Risaralda	65	49	59
Caldas	59	52	53
Santa Marta	55	39	52
Buenaventura	47	41	35
Arauca	37	14	34
Quindío	36	27	34
Caquetá	40	28	33
Vichada	23	21	27
Casanare	46	40	23
Putumayo	36	24	21
Guainía	12	10	15
Amazonas	12	12	10
Vaupés	8	5	5
Guaviare	9	7	3
San Andrés y Providencia	8	9	2

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

Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 31 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 31 2021 - 2025	Valor observado a SE 31 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	4 463	3 631	-
Manaure (La Guajira)	21	28	14
Cumaribo (Vichada)	14	22	13
Dosquebradas (Risaralda)	14	20	22
Tunja (Boyacá)	10	18	28
Granada (Meta)	7	15	26
La Estrella (Antioquia)	3	10	16
Alto Baudó (Chocó)	3	10	18
Araucaria (Arauca)	5	9	11
Roberto Payán (Nariño)	2	7	9
Isnos (Huila)	2	6	11
Peñol (Antioquia)	2	5	14
Cicuco (Bolívar)	2	5	7
Paipa (Boyacá)	2	5	14
Bahía Solano (Chocó)	1	5	19
Quimbaya (Quindío)	2	5	7
Guamo (Tolima)	2	5	7
Zambrano (Bolívar)	1	4	10
Tolú Viejo (Sucre)	1	4	11
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	25
Cisneros (Antioquia)	1	3	9
Giraldo (Antioquia)	1	3	7
La Peña (Cundinamarca)	0	3	8
Tesalia (Huila)	0	3	15
La Tola (Nariño)	1	3	9
Paz de Río (Boyacá)	0	2	6
Marulanda (Caldas)	0	2	16
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	8
Salento (Quindío)	0	2	19
Betulia (Santander)	0	2	6
Palmito (Sucre)	0	2	10

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 31, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 31, 2024 -2026					
	2024 a SE 31	(%)	2025 a SE 31	(%)	2026 a SE 31	(%)
Colombia	3 634	100,0	3 345	100,0	3 631	100,0
Asfixia y causas relacionadas	953	26,2	923	27,6	923	25,4
Prematuridad-inmadurez	598	16,5	565	16,9	633	17,4
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	557	15,3	519	15,5	508	14,0
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	413	11,4	354	10,6	343	9,4
Infecciones	318	8,8	304	9,1	284	7,8
Malformación congénita	322	8,9	287	8,6	277	7,6
Otras causas de muerte	239	6,6	209	6,2	223	6,1
Sin información	0	0,0	0	0,0	183	5,0
Causas no específicas	91	2,5	53	1,6	136	3,7
Trastornos cardiovasculares	107	2,9	96	2,9	81	2,2
Convulsiones y trastornos neurológicos	18	0,5	17	0,5	25	0,7
Lesión de causa externa	18	0,5	18	0,5	15	0,4

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 análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 31 de 2026, a partir de las variables registradas en las fichas epidemiológicas de los eventos colectivos e individuales (códigos INS 995 y 345).

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

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

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

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

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 28 a 31 de 2026), a nivel nacional, se observó una disminución porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y UCI/UCIM frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026), sin alcanzar la significancia estadística (variación porcentual inferior -30 %) (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026 y 28 a 31 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 24 a 27 de 2026	SE 28 a 31 de 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	465 976	424 609	-8,88%	↘
Hospitalización en sala general	22 100	19 202	-13,11%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 717	2 288	-15,86%	↘

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 31 del 2026 se notificaron 103 786 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), no se observó incremento en ninguna entidad territorial, mientras que Amazonas, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Cesar, Córdoba, Huila, Nariño, Quindío, San Andrés, Santa Marta y Valle del Cauca presentaron disminución. Las 20 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en municipios con más de 100 000 habitantes, se observó un incremento en cinco municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios con más de 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 del 2026

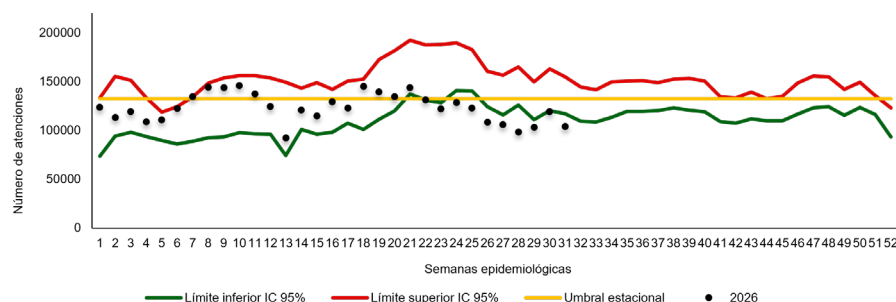
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	38 087	47 348	2 908	6 336
Atlántico	Soledad	55 581	50 484	7 575	5 376
Antioquia	Rionegro	23 237	30 544	2 371	5 174
Antioquia	Itagüí	54 315	46 248	6 086	4 956
Cundinamarca	Soacha	52 020	39 836	5 534	4 550
La Guajira	Uribe	30 541	31 992	2 635	3 822
Antioquia	Bello	39 077	42 169	4 952	3 456
Cundinamarca	Chía	36 405	27 969	4 510	3 365
Risaralda	Dosquebradas	18 684	15 643	1 942	2 055
Cundinamarca	Zipaquirá	14 438	13 060	1 997	1 701
Santander	Floridablanca	17 248	16 276	2 159	1 677
Santander	Barrancabermeja	19 762	17 476	1 484	1 622
Córdoba	Cereté	11 324	12 911	1 169	1 565
Boyacá	Sogamoso	12 515	10 373	1 727	1 435
Valle del Cauca	Palmira	17 659	14 020	1 962	1 413
Antioquia	Apartadó	11 296	12 277	1 333	1 354
Magdalena	Ciénaga	14 095	11 951	1 682	1 296
Casanare	Yopal	9 451	7 878	1 452	1 286
Boyacá	Duitama	13 743	11 033	1 986	1 220
Antioquia	Envigado	16 946	16 572	2 018	1 216
Bolívar	Magangué	13 551	11 737	1 561	1 160
Antioquia	Turbo	9 482	9 050	1 102	1 093
Córdoba	Lorica	9 673	10 331	1 234	1 055
Cundinamarca	Madrid	8 756	10 240	1 276	1 032
Cundinamarca	Girardot	13 885	9 301	1 650	1 009
Valle del Cauca	Tuluá	8 475	7 283	879	986
Cundinamarca	Facatativá	11 532	8 380	1 763	936
Huila	Pitalito	8 526	5 656	1 177	878
Valle del Cauca	Cartago	11 033	8 032	1 296	855
Norte de Santander	Ocaña	10 937	8 610	1 116	841
Cundinamarca	Funza	9 778	9 529	929	761
Santander	Piedecuesta	6 482	6 025	575	692
Valle del Cauca	Yumbo	9 564	7 600	1 098	688
Cesar	Aguachica	7 504	7 000	974	681
Cauca	Santander de Quilichao	7 462	5 439	1 010	612
Córdoba	Sahagún	15 419	5 637	2 112	586
Valle del Cauca	Buenaventura	4 180	6 156	716	566
Santander	Girón	5 580	4 893	432	527
Cundinamarca	Mosquera	4 743	3 761	501	382
Atlántico	Malambo	4 197	4 375	588	376
Cauca	Guapi	3 062	2 250	223	334
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 371	3 875	472	299
Nariño	La Florida	461	412	42	39

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (28 a 31 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 25,0 % (106 438) de las consultas, seguido por el grupo de 40 a 59 años con el 17,6 % (74 897). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en los niños de 1 año con el 11,0 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 10,4 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11, manteniéndose dentro de los límites esperados, con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguido de un nuevo incremento entre las semanas epidemiológicas 18 y 21, manteniéndose dentro de los límites esperados. Posteriormente, entre las semanas epidemiológicas 22 y 31 se observó una disminución marcada, ubicándose por debajo del límite inferior (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

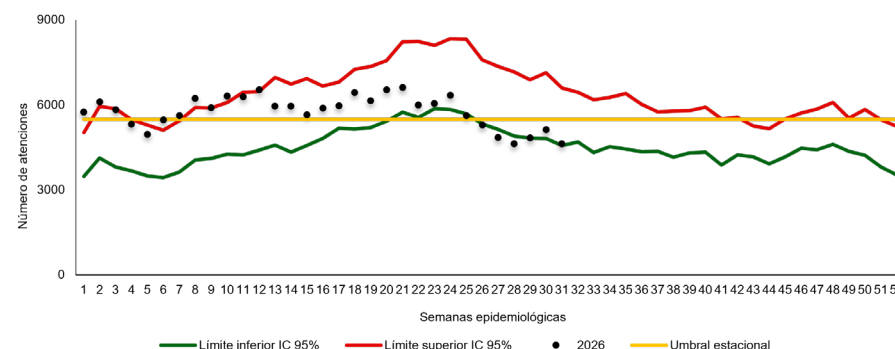
En la semana epidemiológica 31 del 2026 se notificaron 4 620 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Atlántico, Buenaventura, Caldas, Casanare, Chocó, Guainía, La Guajira, Norte de Santander, San Andrés, Sucre y Vaupés; así mismo, se observó aumento en Amazonas, Arauca, Barranquilla, Cartagena de Indias, Guaviare, Magdalena y Santa Marta. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (28 a 31 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 241) representaron el 27,2 %, seguidos de los

menores de 1 año con el 15,4 % (2 962). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 24,3 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 20,1 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones presentaron una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior entre las semanas epidemiológicas 01 y 12 de 2026. Posteriormente, entre las semanas epidemiológicas 13 y 24, se observó una disminución de los casos, aunque estos continuaron por encima del umbral estacional. Posteriormente, se observó una disminución sostenida de las hospitalizaciones, situándose por debajo del umbral estacional y acercándose al límite inferior entre las semanas 25 a 31 (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2026

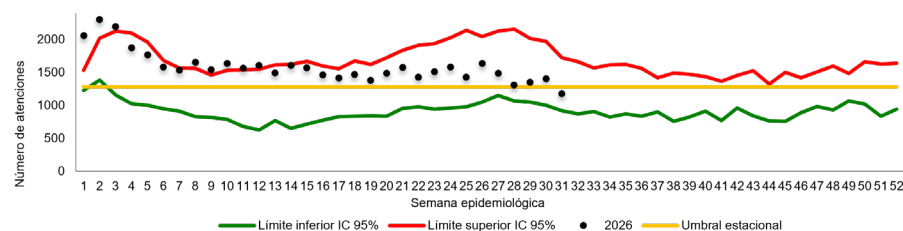


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 31 del 2026, se notificaron 1 177 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 semanas epidemiológicas 13 a 31 de 2026 ubicándose dentro de lo esperado (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2026



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

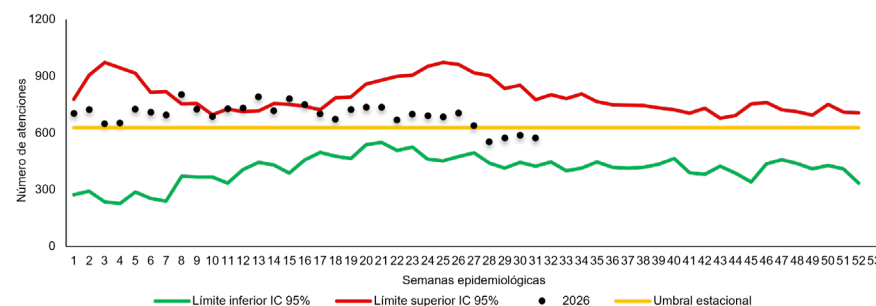
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 31 del 2026 se notificaron 573 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Guaviare, Casanare, San Andrés y Valle del Cauca. Se registró disminución en Antioquia, Boyacá, Buenaventura, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Sucre y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (28 a 31 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 35,0 % (824), seguido de los menores de 1 año con el 22,5 % (530) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 19,4 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 15,3 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas 08, 11 a 13, 15 y 16, seguidas de un descenso progresivo entre las semanas 17 a 31 (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2026

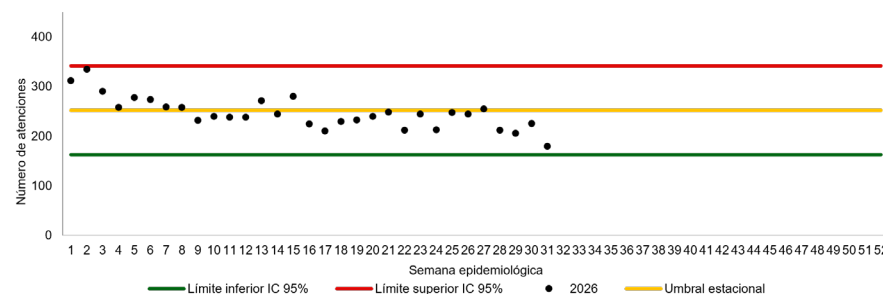


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 31 del 2026, se notificaron 180 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, 13 y 15 de 2026; no obstante, en las semanas 09 a 12, 14 y 16 a 31 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2026



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

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en la notificación de atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y en UCI/UCIM respecto al periodo anterior. Los grupos de edad con mayor proporción de atenciones en los tres servicios vigilados corresponden a menores de 5 años y mayores de 60 años.

De acuerdo con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), durante agosto las condiciones climáticas del país estarán influenciadas por el fortalecimiento de las condiciones asociadas al fenómeno El Niño, junto con la variabilidad estacional e intraestacional. Se prevén precipitaciones por debajo de lo normal en amplios sectores de las regiones Caribe y Andina, así como en el Archipiélago de San Andrés y Providencia. Para el periodo agosto a octubre de 2026, esta tendencia deficitaria se intensificará y se extenderá a otras regiones del país. Asimismo, se espera un predominio de anomalías positivas en la temperatura media del aire entre agosto de 2026 y enero de 2027. Estas condiciones de disminución de las precipitaciones y aumento de la temperatura, asociadas al fortalecimiento del fenómeno El Niño, podrían favorecer la suspensión y concentración de material particulado en el aire, así como la circulación de agentes respiratorios, incrementando el riesgo de infecciones respiratorias agudas (IRA), especialmente en poblaciones vulnerables¹.

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

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

- Fortalecer las estrategias de comunicación del riesgo orientadas a promover la adopción de medidas de prevención no farmacológicas, tales como el lavado frecuente de manos, la higiene respiratoria, el uso adecuado de tapabocas cuando esté indicado, la ventilación de espacios cerrados y el aislamiento de personas sintomáticas.
- Reforzar las actividades de vigilancia epidemiológica de IRA mediante las estrategias establecidas, garantizando el monitoreo continuo de los indicadores para la identificación oportuna de cambios en el comportamiento del evento y la implementación de acciones de respuesta cuando se requiera.

- Implementar procesos de información, educación y comunicación dirigidos a la identificación temprana de signos y síntomas de alarma, promoviendo la consulta oportuna y las medidas de cuidado en el hogar, con énfasis en menores de cinco años, personas de 60 años y más, gestantes y personas con comorbilidades.
- Intensificar las acciones de vacunación contra influenza estacional y COVID-19, priorizando los grupos de riesgo y el aprovechamiento de todas las oportunidades de contacto con los servicios de salud.
- Fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud frente a un posible aumento de la demanda por eventos respiratorios, garantizando la oportunidad en la atención, el diagnóstico y el manejo clínico de los casos.
- Mantener la vigilancia y notificación oportuna de conglomerados o brotes de enfermedad respiratoria, de acuerdo con los protocolos vigentes, facilitando la investigación epidemiológica y la implementación temprana de medidas de control.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas sigue siendo el virus dominante (57,1 %) asociadas al subtipo A(H3N2) representando un 20,6 % del total subtipificado. Respecto a Influenza B la subregión de América del Norte y Caribe predomina la detección de este virus. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en las subregiones Centroamérica y Brasil y Cono Sur. Con relación a SARS-CoV-2 se mantiene estable y en niveles bajos en la mayoría de las subregiones, excepto en Caribe donde alcanza un 10,6 % de positividad. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 31, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), rinovirus, adenovirus, *metapneumovirus*, parainfluenza e influenza. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un comportamiento al decremento en la positividad general. Los patógenos que presenta aumento en el periodo analizado fueron influenza A y parainfluenza; al decremento, VSR. Los demás virus respiratorios se mantienen estables en los últimos dos periodos. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 15). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la

conurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 24 a 31 de 2026

Agente viral identificado	SE 24 a 27 de 2026			SE 28 a 31 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	56,9	63,3	31,4	48,4	55,8	43,1	
Rinovirus	8,3	8,1	-	7,9	8,5	-	
Virus sincitial respiratorio	42,3	51,8	40,7	26,2	36,2	10,0	
Enterovirus	6,0	4,5	11,1	6,3	3,8	10,0	
Adenovirus	7,1	7,3	-	5,8	6,2	5,0	
Influenza B	2,3	1,2	-	3,1	1,5	-	
Influenza A	10,6	6,5	22,2	18,3	15,4	20,0	
Parainfluenza	8,6	8,1	11,1	14,1	13,1	15,0	
Metapneumovirus	2,9	4,0	-	4,7	6,2	5,0	
A(H1N1)pdm09	2,0	0,9	3,7	1,6	-	5,0	
SARS-CoV-2	2,0	1,2	-	4,2	3,8	15,0	
A(H3N2)	5,1	4,0	3,7	4,7	3,1	10,0	
Coronavirus	2,9	2,4	7,4	3,1	2,3	5,0	

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

Referencia

1. Instituto Nacional de Salud (INS), Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM). Boletín de clima y salud. Edición No. 8. agosto de 2026. Bogotá, D.C.: INS; 2026.

COVID-19

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 31 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

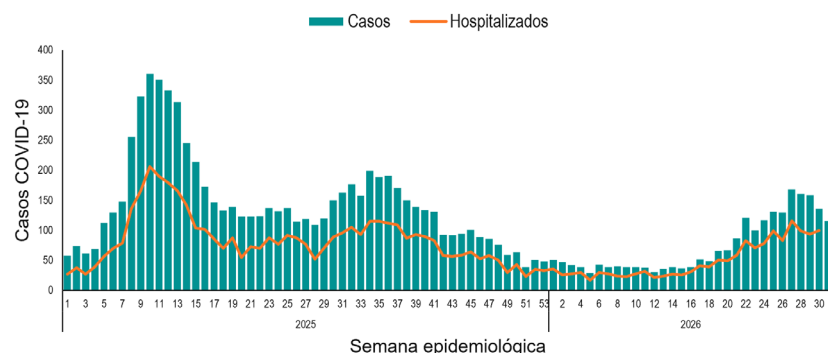
Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

El análisis del comportamiento se realizó mediante la comparación de los casos confirmados de COVID-19. Los comportamientos inusuales por departamentos y municipios se evaluaron comparando las cuatro semanas previas con las actuales. La interpretación se definió así: incremento (razón > 1 con significancia estadística, $p < 0,05$), decremento (razón < 1 con significancia estadística, $p < 0,05$) y sin cambio (razón cercana a 1 sin significancia estadística, $p > 0,05$).

En lo corrido de 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 31), con corte al 08 de agosto y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 2 319 casos de COVID-19, de los cuales 2 318 son procedentes de Colombia y uno (1) del exterior. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 28 a 31) se registraron 576 casos, un incremento del 4,7 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 24 a 27), en el que se reportaron 550 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 375 casos, una disminución del 0,3 % frente a las 376 hospitalizaciones del periodo anterior. En el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 28 a 31), en el que se notificaron 546 casos, se observa un incremento en 2026 del 5,5 % respecto al año anterior (figura 10).

21

Figura 10. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 31 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 31 de 2026
*SE: semana epidemiológica

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 28 a 31 de 2026) se registró una incidencia de 1,1 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 32 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 114 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en los departamentos de Boyacá, Cauca, Nariño, Norte de Santander, Arauca y Casanare, así como en el distrito de Bogotá, D.C.

A nivel municipal, dicho incremento se observa en Bello y Envigado (Antioquia), Arauquita, Saravena y Tame (Arauca), Yopal (Casanare), Popayán (Cauca), Funza (Cundinamarca), Pasto (Nariño), Tibú (Norte de Santander) y Floridablanca (Santander).

Entre el periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026) y el periodo actual (semanas epidemiológicas 28 a 31 de 2026), se observó un incremento en la notificación de casos en la mayoría de los grupos de edad. Los mayores incrementos porcentuales se registraron en los grupos de 50 a 59 años (55,0 %), 30 a 39 años (39,1 %), 2 a 4 años (23,9 %), 5 a 9 años (18,5 %), 1 año (6,6 %), 10 a 19 años (6,1 %), 20 a 29 años (4,0 %) y menores de un año (0,0 %, sin variación).

En contraste, los grupos de 40 a 49 años, 90 a 99 años, 60 a 69 años, 70 a 79 años y 80 a 89 años registraron disminuciones de 23,1 %, 14,3 %, 12,9 %, 11,8 % y 8,0 %, respectivamente, siendo los grupos con reducción de casos durante el periodo evaluado (tabla 16).

Tabla 16. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (24 a 31) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 24 a 27 2026	SE 28 a 31 2026		
Menor de un año	192	192	0,0	
1 año	61	65	6,6	
2 a 4 años	46	57	23,9	
5 a 9 años	27	32	18,5	
10 a 19 años	33	35	6,1	
20 a 29 años	25	26	4,0	
30 a 39 años	23	32	39,1	
40 a 49 años	26	20	-23,1	
50 a 59 años	20	31	55,0	
60 a 69 años	31	27	-12,9	
70 a 79 años	34	30	-11,8	
80 a 89 años	25	23	-8,0	
90 a 99 años	7	6	-14,3	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	550	576	4,7	

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

•NC: no calculable

Fuente: Sivigila SE 24 a 31 de 2026

PE: periodo epidemiológico SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia 21 fallecimientos asociados a COVID-19: ocho en Bogotá D.C.; cuatro en el departamento de Arauca, de los cuales tres ocurrieron en el municipio de Arauca y uno en Saravena; y uno en cada uno de los siguientes municipios: Peñol (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), Montenegro (Quindío), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena) y Santiago de Cali (Valle del Cauca).

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu71a>, donde podrá ampliar los detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2026.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 31 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 31 del 2026 se notificaron 2 591 casos de dengue: 1 954 casos de esta semana y 637 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 68 370 casos, 41 317 (60,4 %) sin signos de alarma, 26 368 (38,6 %) con signos de alarma y 685 (1,0 %) de dengue grave.

El 67,9 % (46 441) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Bolívar, Cesar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, La Guajira, Casanare, Cartagena de Indias y Antioquia (tabla 17). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 27 a 30 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Casanare, Norte de Santander, Santander, Cesar y Magdalena concentran el 57,6 % (6 041 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 27 a 30 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Archipiélago de San Andrés y Providencia, Atlántico, Barranquilla, Boyacá, Caldas, Cauca, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda, Sucre, Tolima y Vaupés; una tendencia al descenso mayor al 30,0 % en las entidades territoriales de Caquetá y La Guajira mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

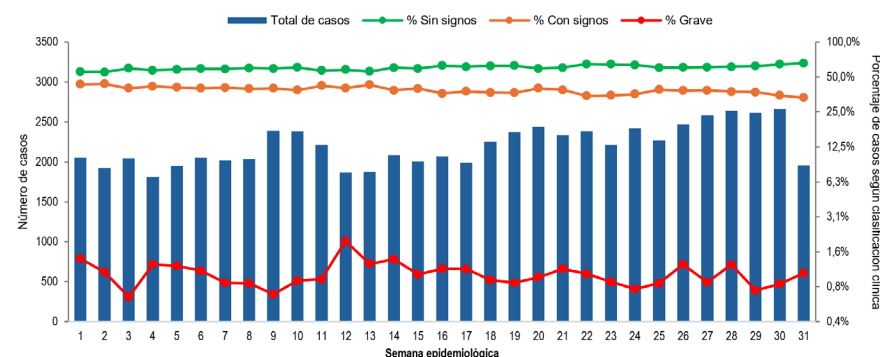
Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 31 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 23 - 26 2026)	Observado (SE 27-30 2026)
Meta	11 322	30,0	0,9	1 876	1 660
Bolívar	5 778	40,3	1,4	1 036	1 032
Cesar	5 590	56,6	0,7	624	662
Santander	4 474	38,3	0,6	554	666
Norte de Santander	4 238	38,2	1,6	495	707
Magdalena	4 016	49,9	0,7	442	550
La Guajira	3 002	53,4	1,8	240	132
Casanare	2 890	29,4	0,6	806	764
Cartagena de Indias	2 655	19,4	1,1	196	191
Antioquia	2 476	36,6	1,0	442	395
Córdoba	2 252	42,8	0,4	278	235
Atlántico	2 185	44,3	0,8	207	444
Barranquilla	2 102	44,7	0,9	139	303
Tolima	2 100	29,5	1,3	260	417
Santa Marta	1 971	44,7	0,3	98	79
Arauca	1 829	32,3	1,0	355	344
Sucre	1 187	48,6	1,0	168	221
Valle del Cauca	1 092	34,7	0,8	172	219
Cundinamarca	1 067	36,4	0,9	145	195
Santiago de Cali	925	37,1	0,3	125	142
Huila	875	37,9	4,5	92	154
Guaviare	718	19,8	0,3	89	321
Chocó	670	22,2	1,0	118	119
Amazonas	528	14,4	0,0	58	63
Nariño	485	40,0	1,0	74	94
Caquetá	386	51,3	2,3	45	20
Putumayo	311	25,4	1,3	31	54
Quindío	251	25,5	1,6	50	58
Boyacá	207	48,3	1,0	47	66
Cauca	141	33,3	2,1	15	33
Exterior	140	44,3	2,9	22	26
Caldas	135	40,7	0,0	15	35
Risaralda	134	41,0	1,5	18	35
Buenaventura	94	34,0	1,1	17	16
Vichada	69	30,4	0,0	12	9
Vaupés	44	11,4	0,0	4	27
Archipiélago de San Andrés	24	37,5	4,2	3	8
Guainía	7	28,6	0,0	0	0
Total	68 370	38,6	1,0	9 368	10 496

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

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 40,0 % a nivel nacional (figura 11); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 26 a 29 de 2026) fueron: Boyacá, Cesar, Córdoba y La Guajira.

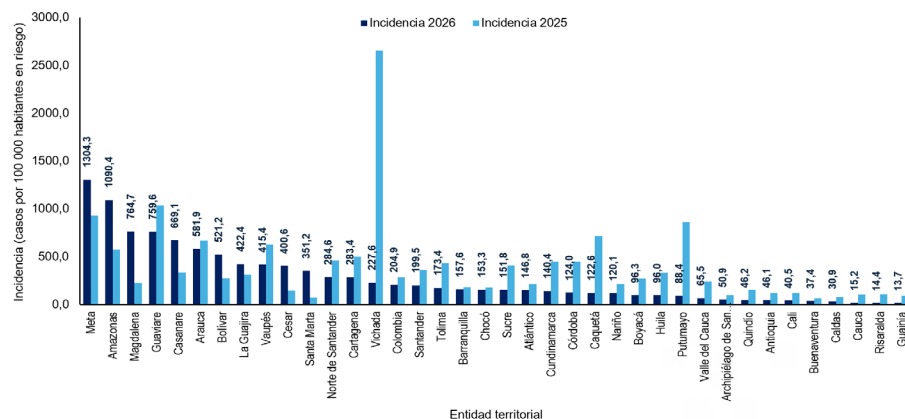
Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 31, 2026



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

A semana epidemiológica 31 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 204,9 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 284,3 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, Guaviare, Casanare, Arauca y Bolívar presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 31 del 2026 registrando tasas superiores a 500 casos por 100 000 habitantes (figura 12). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 416,2 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 31 de 2025 y 2026

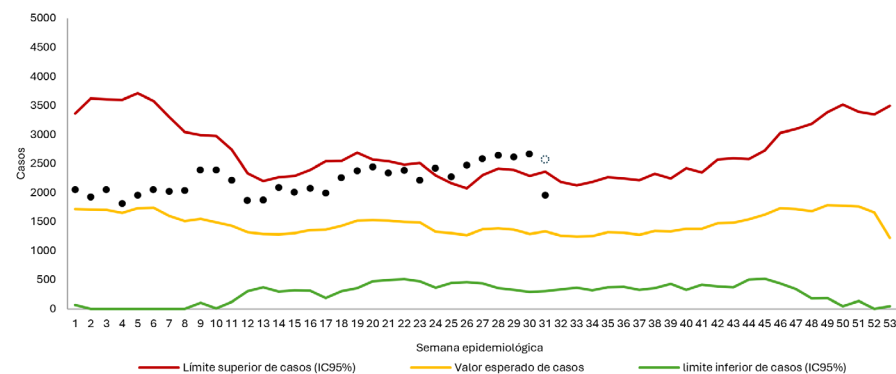


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 31 del 2026, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de brote, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 12,0 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 27 a 30 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2026) (figura 13). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 30), se observa una reducción del 27,9 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 94 876 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 21,6 % (8) está dentro de lo esperado, el 35,1 % (13) se encuentra en situación de alerta y el 43,2 % (16) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 18).

Figura 13. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 31 de 2026



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 31 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 31, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Boyacá, Cesar, Casanare, Meta, Guaviare, Quindío, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vaupés.
Alerta	Antioquia, Cundinamarca, Caldas, Cartagena de Indias, Chocó, La Guajira, Huila, Nariño, Santander, Putumayo, Risaralda, Sucre, Tolima,
Dentro de lo esperado	Buenaventura, Cauca, Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Guainía, Valle del Cauca, Vichada

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

Por entidad territorial municipal, según canal endémico para dengue, en la semana epidemiológica 31 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 19,5 % (161) se encuentra por encima de lo esperado. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 35,1 % (20/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Tabla 19. 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 31 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		(SE 22-25 2026)	(SE 26-29 2026)
Antioquia	Medellín	13,9	364	45	63
	Envigado	14,1	34	8	9
Atlántico	Barranquilla	160,2	2 102	139	303
	Soledad	78,5	537	41	117
Bolívar	Turbaco	385,9	449	39	57
Cesar	Valledupar	363,7	2008	212	176
	Aguachica	441,0	542	78	121
Córdoba	Cereté	199,9	220	44	39
Cundinamarca	Fusagasugá	19,4	32	5	9
Chocó	Quibdó	103,8	138	27	28
La Guajira	Riohacha	482,1	1 010	72	58
Santa Marta	Santa Marta	356,8	1 971	98	79
Meta	Villavicencio	1588,9	8 102	1229	1046
Nariño	San Andrés de Tumaco	124,4	320	42	60
Norte de Santander	Ocaña	201,4	239	24	68
Quindío	Armenia	18,6	58	15	15
Santander	Bucaramanga	253,8	1 571	192	254
Tolima	Ibagué	142,1	773	113	173
Arauca	Arauca	264,0	265	62	64
Casanare	Yopal	302,5	546	181	212

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

A semana epidemiológica 31 del 2026, se han notificado 179 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 41 casos, se han descartado 91 casos y se encuentran en estudio 47 casos. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,06 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 81 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 31, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 31, 2026	Letalidad por dengue a SE 31, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	10	1	0.33	0.05
Huila	2	1	0.23	0.20
Atlántico	3	1	0.14	0.06
Magdalena	5	2	0.12	0.09
Santa Marta	2	0	0.10	0.26
Cundinamarca	1	1	0.09	0.03
Sucre	1	2	0.08	0.06
Antioquia	2	6	0.08	0.12
Bolívar	4	6	0.07	0.10
Cesar	3	2	0.05	0.05
Norte de Santander	2	1	0.05	0.03
Meta	5	8	0.04	0.12
Santander	1	0	0.02	0.09
Tolima	0	5	0.00	0.04
Casanare	0	2	0.00	0.00
Nariño	0	2	0.00	0.00
Putumayo	0	2	0.00	0.17
Valle del Cauca	0	2	0.00	0.00
Arauca	0	1	0.00	0.10
Barranquilla	0	1	0.00	0.13
Boyacá	0	1	0.00	0.00
Colombia	41	47	0,06	0,09

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

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

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

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede 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 31 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 198 por año)	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 198 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altura mayor o igual a 1 600 m. n. m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

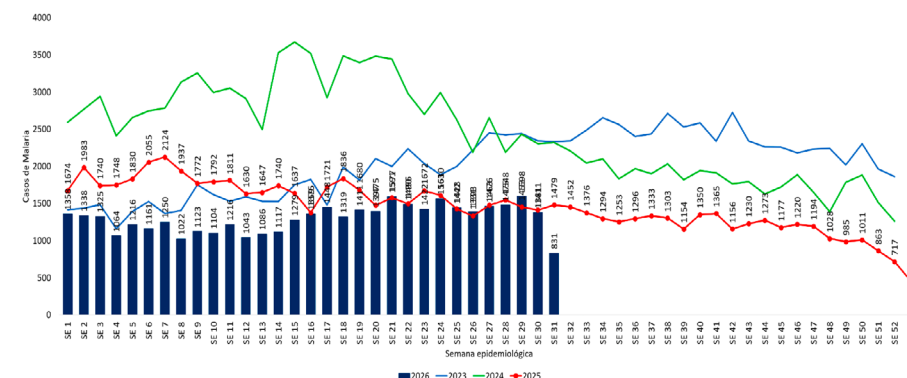
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución para la malaria, como lo muestra la figura 14.

Figura 14. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 31 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 31 del 2026 se notificaron 1 629 casos de malaria, para un acumulado de 40 285 casos, de los cuales 39 816 son de malaria no complicada y 472 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 70,5 % (28 413), seguido de *Plasmodium falciparum* con 28,4 % (11 445) e infección mixta con 1,1 % (427). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,0 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (36,2 %), Antioquia (13,7 %), Córdoba (8,0 %), Nariño (5,9 %), Guainía (5,3 %), Risaralda (4,0 %), Amazonas (3,6 %), Cauca (3,5 %), Bolívar (3,2 %), Vichada (2,9 %), Meta (2,8 %), Buenaventura (2,5 %) y Vaupés (2,2 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,2 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 24 a 27 2026	Casos SE 28 a 31 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	2 619	435	519	17,58
Córdoba	Tierralta	2 116	294	218	20,88
Guainía	Inírida	1 873	128	116	47,31
Risaralda	Pueblo Rico	1 464	187	130	87,07
Chocó	Lloró	1 296	185	180	119,29
Chocó	Bagadó	1 197	235	227	99,12
Antioquia	El Bagre	1 113	153	125	19,52
Buenaventura	Buenaventura	1 012	173	131	3,11
Chocó	Istmina	989	114	132	28,29
Meta	Puerto Gaitán	900	149	92	19,05
Vichada	Cumaribo	812	100	52	9,05
Chocó	Medio San Juan	812	115	137	67,08
Vaupés	Mitú	748	82	77	20,43
Cauca	Timbiquí	725	161	78	25,31
Bolívar	Montecristo	700	104	105	37,61
Chocó	Juradó	667	110	65	86,19
Chocó	Alto Baudó	647	103	107	20,11
Chocó	Río Quito	641	136	65	67,93
Chocó	Carmen del Darién	580	109	148	25,49
Cauca	Guapi	574	106	71	19,06
Nariño	Olaya Herrera	569	49	72	21,28
Chocó	Tadó	559	100	140	26,93
Antioquia	Nechí	541	80	93	19,14
Chocó	El Cantón del San Pablo	534	110	68	74,86
Amazonas	Tarapacá (CD)	525	59	34	116,82
Córdoba	Puerto Libertador	496	81	66	10,77
Norte de Santander	Tibú	480	70	90	7,66
Chocó	Bajo Baudó	462	63	127	14,64
Antioquia	Cáceres	446	59	52	14,13
Amazonas	La Pedrera (CD)	400	11	43	91,87
Nariño	El Charco	384	55	29	16,33
Guaviare	San José del Guaviare	379	54	33	5,69
Antioquia	Chigorodó	366	54	47	5,81
Nariño	Roberto Payán	364	54	55	27,01
Chocó	Medio Atrato	358	43	54	26,94

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 70,9 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 48,0 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Tierralta, Inírida, Pueblo Rico, El Bagre, Bagadó, Puerto Gaitán, Juradó, Cumaribo y Puerto Libertador y en incremento el municipio de Quibdó, Istmina, Medio San Juan, Bagadó, Olaya Herrera y Alto Baudó (tabla 22). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 63,6 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Timbiquí, Buenaventura, Guapi, Río Quito, Lloró, El Charco, Medio Atrato y Magüi y en incremento los municipios de Quibdó, Istmina, Medio San Juan, Olaya Herrera y Alto Baudó como se muestra en la tabla 23.

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 31 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 24 a 27 de 2026	Casos SE 28 a 31 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	269	202	-25%	6,6%
Guainía	Inírida	113	106	-6%	5,7%
Risaralda	Pueblo Rico	145	102	-30%	4,4%
Antioquia	El Bagre	148	122	-18%	3,7%
Chocó	Quibdó	164	200	22%	3,7%
Chocó	Lloró	97	104	7%	3,0%
Chocó	Bagadó	142	123	-13%	2,8%
Meta	Puerto Gaitán	142	88	-38%	2,8%
Vaupés	Mitú	73	79	8%	2,5%
Bolívar	Montecristo	107	105	-2%	2,4%
Chocó	Juradó	110	65	-41%	2,3%
Vichada	Cumaribo	85	36	-58%	2,2%
Chocó	Carmen del Darien	103	134	30%	1,9%
Antioquia	Nechí	80	91	14%	1,9%
Córdoba	Puerto Libertador	79	64	-19%	1,7%

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 31 de 2026

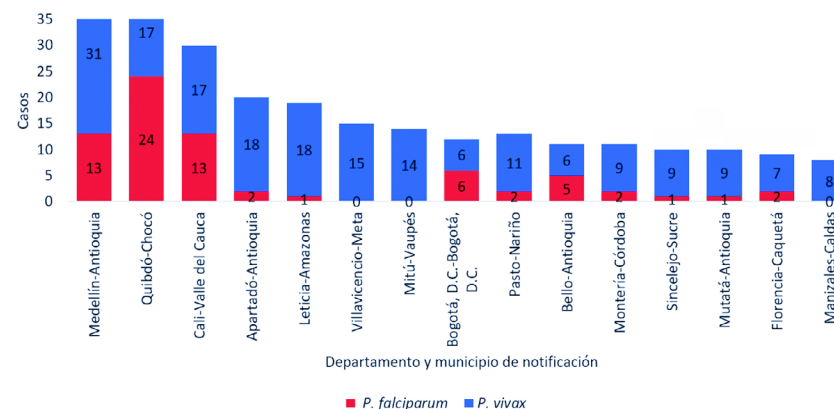
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 24 a 27 de 2026	Casos SE 28 a 31 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	272	327	20%	13,9%
Cauca	Timbiquí	159	77	-52%	6,2%
Buenaventura	Buenaventura	136	92	-32%	6,1%
Cauca	Guapi	101	69	-32%	4,7%
Chocó	Istmina	47	67	43%	4,4%
Chocó	Rio Quito	98	50	-49%	4,2%
Chocó	Lloró	89	74	-17%	3,6%
Chocó	Medio San Juan	68	80	18%	3,6%
Chocó	Bagadó	83	100	20%	3,3%
Nariño	El Charco	48	25	-48%	2,9%
Nariño	Olaya Herrera	18	45	150%	2,5%
Chocó	Alto Baudó	49	60	22%	2,2%
Chocó	Medio Atrato	57	35	-39%	2,2%
Nariño	Magüi	38	19	-50%	2,1%
Guainía	Inirida	15	9	-40%	2,1%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 31 de 2026 se han notificado 472 casos de malaria complicada, que son notificados por 32 entidades territoriales. Antioquia, Chocó, Amazonas, Nariño, Santiago de Cali, Meta, Caldas, Vichada, Caquetá, Bogotá, D.C., Risaralda, Bolívar, Santander, Sucre, Vaupés y Córdoba y notificaron el 88,2 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 57,8 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 15).

Figura 15. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 31 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: Semana Epidemiológica

Comportamientos inusuales en entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 31 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran seis departamentos en situación de incremento y ocho en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 40 municipios en incremento y 65 municipios en decremento (tabla 24).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 31 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 31 2025	Acumulado 2026	SE 31 2026	Esperado	Observado
Amazonas	La Chorrera (CD)	4	36	0	18	0	1	3
Amazonas	El Encanto (CD)	4	139	1	0	0	0	6
Antioquia	Frontino	4	315	24	161	1	42	73
Antioquia	Cáceres	4	449	7	464	28	35	52
Antioquia	Nechí	5	547	17	755	8	43	94
Antioquia	Caucasia	4	159	1	282	14	16	23
Bolívar	Río Viejo	4	109	5	15	0	7	20
Bolívar	Achí	4	69	1	33	2	5	8
Bolívar	Montecristo	5	710	23	691	23	63	106
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	76	9	54	0	4	20
Bolívar	Santa Rosa	4	9	0	8	0	0	3
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	61	2	14	0	1	3

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 31 2025	Acumulado 2026	SE 31 2026	Esperado	Observado
Caquetá	La Montañita	4	9	0	7	0	0	3
Caquetá	Florencia	4	114	1	246	2	2	7
Cauca	El Tambo	1	3	0	4	0	1	3
Chocó	El Carmen de Atrato	4	233	1	146	4	6	33
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	534	4	689	17	41	68
Chocó	Condoto	4	217	5	144	5	21	60
Chocó	Bagadó	5	1203	41	855	30	219	230
Chocó	Medio San Juan	5	814	43	813	36	104	137
Chocó	Nóvita	5	311	25	224	4	32	80
Chocó	Belén de Bajirá	5	422	10	110	3	13	64
Chocó	Lloró	5	1 303	19	1 311	27	113	181
Chocó	Istmina	5	999	16	893	22	89	133
Chocó	Unión Panamericana	5	183	9	159	6	23	38
Chocó	Juradó	4	667	5	234	7	32	65
Chocó	Quibdó	5	2 673	71	2 278	62	502	534
Chocó	Carmen del Darién	5	584	28	631	20	72	149
Chocó	Atrato	5	357	3	229	6	56	61
Guaviare	Calamar	4	177	5	120	2	14	36
Meta	Puerto Concordia	4	53	1	49	2	2	11
Meta	Puerto Gaitán	4	915	11	240	4	12	96
Meta	Villavicencio	4	32	0	41	1	2	8
Norte de Santander	Teorama	4	25	5	2	0	3	13
Norte de Santander	Convención	4	33	3	3	0	0	16
Norte de Santander	El Carmen	4	12	0	4	0	0	5
Risaralda	Pereira	4	20	0	28	2	1	6
Vaupés	Carurú	4	7	0	13	1	1	3
Vichada	Puerto Carreño	4	344	0	200	11	9	13
Vichada	Santa Rosalía	4	10	1	2	0	0	2

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 31 del 2026, se han notificado 12 968 casos de desnutrición aguda en menores de cinco años, de los cuales 12 904 corresponden a residentes en Colombia y 64 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (32 de 2025 a 31 de 2026) es de 0,54 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Chocó, Vichada, y Risaralda (tabla 25).

El 83,0 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, y el 17,0 % como desnutrición aguda severa. El 5,4% de los casos en mayores de 6 meses se notificaron con perímetro braquial inferior a 11,5 cm.

La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en los niños y niñas menores de 1 año (28,1 %) y de 1 año (26,9 %). Según el área de residencia, el 66,6 % correspondió a menores que viven en cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 31 del 2026, se identificaron variaciones significativas en la notificación de casos de desnutrición aguda en los departamentos de Boyacá, Guainía, Norte de Santander, San Andrés y Vaupés; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 215 municipios a nivel nacional (19,1 %) y de disminución en 80 municipios (7,1%). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021 a 2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 23 municipios (tabla 26).

Tabla 25. 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 31, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 31 de 2025	Casos a SE 31 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	13 295	12 904	0,54	19,1	7,1
La Guajira	1 026	982	1,53	26,7	20,0
Chocó	542	576	1,30	38,7	12,9
Vichada	138	132	1,16	0,0	0,0
Risaralda	294	345	0,85	21,4	7,1
Guaviare	47	44	0,79	0,0	0,0
Cartagena de Indias	328	351	0,71	0,0	0,0
Arauca	116	118	0,71	28,6	28,6
Magdalena	526	383	0,68	20,7	10,3
Cesar	605	601	0,64	28,0	20,0
Boyacá	323	354	0,63	13,0	1,6
Casanare	168	154	0,58	10,5	26,3
Antioquia	1806	1656	0,57	23,2	1,6
Nariño	448	492	0,56	26,6	6,3
Bogotá, D.C	1718	1602	0,56	0,0	0,0
Vaupés	22	17	0,55	0,0	16,7
Norte Santander	428	360	0,54	7,5	7,5
Bolívar	390	366	0,53	28,9	11,1
Cundinamarca	733	767	0,52	12,9	4,3
Putumayo	124	124	0,51	15,4	15,4
Amazonas	46	31	0,50	18,2	9,1
Meta	251	290	0,49	31,0	13,8
Sucre	240	253	0,46	42,3	0,0
Valle	411	393	0,46	30,0	2,5
Santiago de Cali	356	334	0,45	0,0	0,0
Buenaventura	115	81	0,41	0,0	0,0
Huila	290	254	0,40	8,1	5,4
Tolima	203	218	0,39	14,9	6,4
Guainía	29	18	0,38	0,0	22,2
Santa Marta	113	98	0,38	0,0	0,0
Córdoba	306	389	0,35	23,3	10,0
Caquetá	94	91	0,34	6,3	18,8
Caldas	118	119	0,33	14,8	3,7
Barranquilla	187	127	0,32	0,0	0,0
Quindío	50	62	0,30	16,7	8,3
Santander	317	287	0,29	10,3	3,4
Atlántico	210	212	0,29	18,2	31,8
Cauca	174	212	0,29	26,2	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	11	0,26	100,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 32 de 2025 a SE 31 de 2026.

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

Tabla 26. 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 31 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	219	131
Risaralda	Dosquebradas	30	94
Cundinamarca	Fusagasugá	45	77
Tolima	Ibagué	41	68
Sucre	Sincelejo	36	66
Nariño	Pasto	50	57
Valle del Cauca	Tuluá	25	39
Antioquia	Rionegro	24	37
Cesar	Aguachica	19	35
Huila	Pitalito	22	32
Cauca	Popayán	21	30
Quindío	Armenia	35	29
Santander	Floridablanca	22	28
Valle del Cauca	Cartago	16	28
Antioquia	Apartadó	44	26
Santander	Girón	35	22
Santander	Piedecuesta	30	22
Cauca	Santander de Quilichao	15	19
Antioquia	Envigado	12	17
Atlántico	Sabanalarga	27	16
Atlántico	Malambo	23	12
Cundinamarca	Girardot	35	10
Norte de Santander	Villa del Rosario	35	10

Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 a 2026 (Información preliminar).

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

Tos ferina

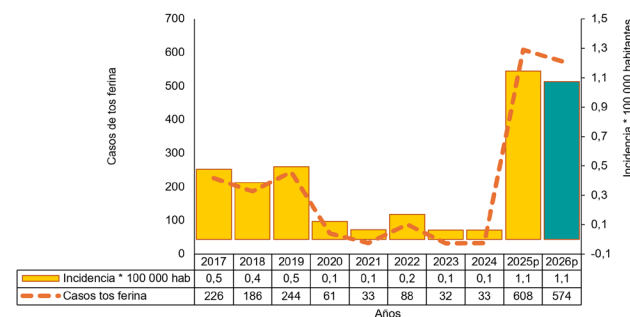
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 30 de 2026

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

Hasta la semana epidemiológica 30 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 3 530 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,7 % (588) correspondió a casos confirmados (de los 588 casos confirmados, 574 correspondieron a casos con procedencia nacional y fueron utilizados para el cálculo de incidencia); el 76,0 % (2 682) correspondió a casos descartados y el 7,4 % (260) permanece en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 30 fue de 1,1 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos de la misma semana epidemiológica en años anteriores, se observa un aumento en la incidencia respecto a los años previos (2017 a 2024), donde la incidencia no superó 0,5 casos por cada 100 000 habitantes. El comportamiento observado es menor al registrado en 2025 cuando se reportaron 608 casos confirmados para el mismo periodo (figura 16).

Figura 16. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 30, 2017 a 2026p

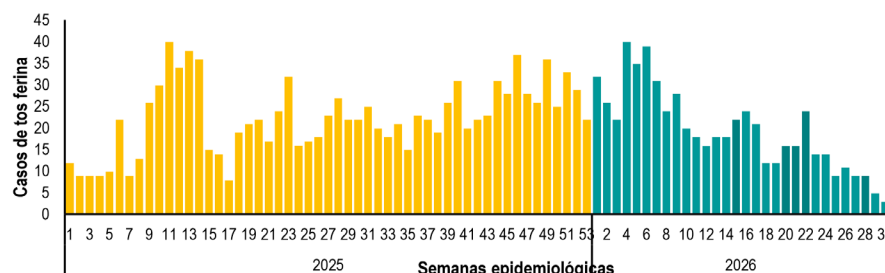


Fuente: Sivigila 2017 a 2026 p

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 17 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semana epidemiológica 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 06, con un pico máximo en la semana 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa de los casos. Sin embargo, se identifican 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 (40 casos), 06 (39 casos), 09 (25 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas se observó una reducción del 45,4 %, al pasar de 48 casos (semana epidemiológica 23 a 26 de 2026) a 28 casos (semana epidemiológica 27 a 30 de 2026). Se debe tener en cuenta que los datos están sujetos a ajuste debido al rezago en la notificación y confirmación de casos.

Figura 17. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 30 de 2026p



Fuente: Sivigila 2025 y 2026 p
p: dato preliminar sujeto a validación.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 30, de 2019 a 2026

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 128 casos y una incidencia de 1,8 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá,D.C. con 60 casos y una incidencia de 0,8 por cada 100 000 habitantes y Santander con 47 casos y una incidencia de 1,9 por cada 100 000 habitantes.

La tabla 26 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 26. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 30, 2019 a 2026p

Entidad territorial	Incidencias por 100 000 habitantes								Tendencia	2026
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026		
Caquetá	0,5	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,1	1,1		574
Antioquia	0,7	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	2,1	1,8		128
Bogotá, D.C.	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,8		60
Santander	0,3	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3	1,9		47
Cartagena de Indias	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	3,7		37
Boyacá	0,5	0,1	0,1	0,0	0,3	0,0	0,5	2,1		27
Cesar	0,3	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	1,8		27
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4		21
Norte de Santander	0,8	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	1,2		20
Cundinamarca	0,5	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	1,2	0,6		20
Chocó	0,2	0,2	1,6	0,2	0,0	0,3	2,2	3,0		18
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,7	1,5		18
Santiago de Cali	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	0,1	0,4	0,7		17
Cauca	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9		14
Risaralda	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	1,0		10
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,8		10
Vaupés	110,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,2		9
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,4		9
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	2,9		8
Caldas	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,8	0,8		8
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,7	0,7		8
Meta	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,8	0,6		7
Quindío	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	1,1		6
Magdalena	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,6		6
Huila	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,3	1,9	0,5		6
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3		5
Valle del Cauca	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2		5
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	2,6		4
Amazonas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5		3
Santa Marta	0,0	0,2	0,0	1,3	0,7	0,0	0,3	0,5		3
Sucre	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3		3
Nariño	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,2		3
Putumayo	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5		2
Tolima	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1		2
Guaviare	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2		1
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	0,0	0,3		1
Caquetá	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,2		1

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

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

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

En la semana epidemiológica 30 de 2026 se notificaron 149 casos confirmados de tos ferina en población indígena. La mayor concentración se observó en Cerrito (Santander) con 22 casos, seguido de Dabeiba (Antioquia) con 14, Paz de Ariporo (Casanare) con 13, y Cubará (Boyacá) con 9 casos, evidenciando la persistencia de transmisión en territorios con población indígena priorizada.

La tabla 27 presenta los brotes actualmente identificados, junto con su distribución municipal y las fechas de inicio de síntomas y cierre.

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

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		149		
Boyacá	Cubará	9	20/07/2026	31/08/2026
Amazonas	Manapiare	1	13/07/2026	24/08/2026
Cauca	Toribío	7	4/07/2026	15/08/2026
Vaupés	Pacoa	1	26/06/2026	7/08/2026
Guajira	Maicao	2	19/06/2026	31/07/2026
Boyacá	Güicán	5	16/06/2026	28/07/2026
Vaupés	Papunaua	2	16/06/2026	28/07/2026
Cesar	Agustín Codazzi	5	14/06/2026	26/07/2026
Guajira	Uribía	1	11/06/2026	23/07/2026
Santander	Cerrito	22	10/06/2026	22/07/2026
Chocó	Riosucio	5	8/06/2026	20/07/2026
Cesar	Becerril	1	6/06/2026	18/07/2026
Antioquia	Murindó	4	6/06/2026	18/07/2026
Cesar	Valledupar	3	5/06/2026	17/07/2026
Vichada	Cumaribo	4	3/06/2026	15/07/2026
Norte de Santander	Toledo	2	26/05/2026	7/07/2026
Vaupés	Mitú	6	21/05/2026	2/07/2026
Antioquia	Betulia	1	12/05/2026	23/06/2026
Cauca	Caldono	3	8/05/2026	19/06/2026
Chocó	Litoral del Bajo de San Juan	1	27/04/2026	8/06/2026
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	4/06/2026

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Chocó	Tadó	2	20/04/2026	1/06/2026
Santander	Concepción	6	20/04/2026	1/06/2026
Chocó	Bagadó	1	20/04/2026	1/06/2026
Antioquia	Urrao	1	11/04/2026	23/05/2026
Casanare	Paz de Ariporo	13	1/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	1/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Dabeiba	14	28/03/2026	9/05/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Chocó	Lloró	1	8/03/2026	19/04/2026
Cauca	Santander de Quilichao	1	3/03/2026	14/04/2026
Caldas	Aránzazu	3	19/02/2026	2/04/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	8/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	6/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	9/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	9/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	4/03/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, 2026

FIS: fecha de inicio de síntomas

Celdas en gris: brotes de tos ferina que por tiempo ya cerraron

ALERTAS NACIONALES

Sismo en Colombia (10.08.2026) y acciones de vigilancia en salud pública, corte 12 de agosto de 2026

El 10 de agosto de 2026, a las 07:34 horas, se registró un sismo de magnitud 7,4 con epicentro en San José del Palmar, Chocó, y una profundidad aproximada de 96-103 km. Con corte al 12 de agosto, se reportan afectaciones en ocho departamentos, tres distritos y 148 municipios, principalmente en el litoral Pacífico y el Eje Cafetero. En términos de afectación humana, se registran 49 214 personas afectadas pertenecientes a 24 324 familias, 239 fallecidos, 3 755 heridos y 287 desaparecidos. Asimismo, se reportan 9 215 viviendas destruidas, 45 457 averiadas, 140 edificaciones colapsadas, 1 667 instituciones educativas, 530 centros comunitarios, 188 centros de salud, 129 vías, 21 puentes y 43 sistemas de acueducto afectados. Las mayores mortalidades se concentran en Valle del Cauca, Risaralda, Chocó y Caldas.

En el componente de salud persisten afectaciones importantes en la infraestructura hospitalaria y en la capacidad de respuesta territorial. En Risaralda se presenta uno de los escenarios más críticos, particularmente en Pereira y Dosquebradas, con afectación cercana al 70,0 % de la red hospitalaria y una sobreocupación aproximada del 150,0 %. También se registran daños en instituciones prestadoras de servicios de salud de Chocó y afectaciones en los Laboratorios Departamentales de Salud Pública (LSP) de Quindío, Risaralda, Caldas y Valle del Cauca. La Red Nacional de Bancos de Sangre mantiene disponibilidad de hemocomponentes sin alertas de desabastecimiento. Adicionalmente, se han identificado 13 Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE) en los territorios afectados, distribuidos en Caldas, Cali, Risaralda y Quindío; uno de ellos, ubicado en el Coliseo Mayor Jorge Arango Uribe de Manizales, se encuentra caracterizado en EWARS con 113 personas alojadas. En materia de vigilancia en salud pública, hasta la fecha de corte, no se evidencian brotes ni comportamientos inusuales de enfermedades transmisibles y no transmisibles; sin embargo, continúa el monitoreo intensificado de las condiciones sanitarias, ambientales y epidemiológicas en los municipios afectados y alojamientos temporales. La Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) ha reportado 58 situaciones relacionadas, entre otras, con daños en viviendas e infraestructura, afectaciones de acueductos, interrupciones de servicios básicos, personas lesionadas y crisis emocionales. Se mantiene especial seguimiento a enfermedades transmitidas por vectores, eventos asociados con



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

agua y alimentos, infección respiratoria aguda, eventos zoonóticos y eventos no transmisibles priorizados, particularmente en territorios con afectación de servicios básicos y población albergada.

Como parte de la respuesta, se encuentran en terreno seis Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) en Chocó, Risaralda, Caldas, Quindío, Buenaventura, Valle del Cauca y Santiago de Cali, desarrollando acciones de coordinación, evaluación de daños y necesidades, vigilancia epidemiológica, salud ambiental, continuidad de servicios, agua segura y saneamiento. Se mantiene además seguimiento especial a la población privada de la libertad en Buenaventura y a las comunidades indígenas afectadas. De acuerdo con la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), 68 583 personas indígenas resultaron afectadas y 2 581 viviendas indígenas presentan daños severos en Caldas, Chocó, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca. La valoración del riesgo realizada por el Grupo de Factores de Riesgo Ambiental (GFRA) se mantiene en nivel muy alto (rojo), por lo que continúa el seguimiento permanente de la situación y su evolución.

36 Fuente: Reportes consolidados del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud; Reportes de Situación (SITREP) de los departamentos y distritos afectados (Chocó, Risaralda, Caldas, Quindío, Valle del Cauca y Buenaventura), 12 de agosto de 2026; Instituto Nacional de Salud: Sistema de Alerta Temprana (SAT), Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) y Monitoreo de Medios, 12 de agosto de 2026; Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), 12 de agosto de 2026.

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 10 de agosto 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 10 de agosto (datos preliminares), se han notificado 1 093 casos probables, 57 confirmados por laboratorio, con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero hasta el 25 de julio de 2026, el 96,4 % procedente de Tolima, 1,78 % procedente de Cundinamarca y 1,78 % de Meta. Se han notificado 28 mortalidades, 26 confirmadas, una (1) excluida de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y un (1) caso de mortalidad en estudio, para una letalidad de 45,61 % (26/57)³.

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

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

[3] Se excluye un (1) caso de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 205 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 11 departamentos: Tolima, Meta, Cundinamarca, Putumayo, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare. Adicionalmente, se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela). Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 85 casos de mortalidades, seis casos excluidos de la letalidad y un (1) caso se encuentra en estudio para una letalidad acumulada del 41,46 % (85/205).

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

Durante el periodo comprendido entre el 04 y el 10 de agosto de 2026, no se han confirmado casos de fiebre amarilla en humanos.

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 29 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). Los últimos casos se confirmaron el 05 de agosto de 2026 por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) en zonas rurales de los municipios de Purificación, Melgar e Icononzo.

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

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

Actualización de situación de sarampión a nivel nacional, 11 de agosto de 2026

Con corte al 11 de agosto de 2026, se han notificado 1 685 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 499 han sido descartados, 172 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (71), Antioquia (58), Cesar (7), Atlántico y Tolima (4), Nariño y Norte de Santander (3) Barranquilla, Boyacá, Caldas, Córdoba, Huila, Santander y Sucre (2) Cali, Caquetá, Meta, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santa Marta y Valle del Cauca un caso cada uno. Se han confirmado 14 casos, de estos, ocho (8) son importados y seis (6) relacionados

a la importación, no se han reportado complicaciones ni defunciones, se han cerrado ocho (8) brotes. En cuanto a la caracterización genética, seis (6) casos se identificaron como genotipo D8. En respuesta a esta situación, se mantiene la activación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y las Salas de Análisis del Riesgo (SAR) departamentales.

Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 11 de agosto de 2026.

Actualización de la alerta naranja del volcán Puracé y acciones de vigilancia en salud pública, Cauca, 10 de agosto de 2026

Desde el 20 de julio de 2026, el Servicio Geológico Colombiano (SGC) mantiene el seguimiento al incremento de la actividad del volcán Puracé, perteneciente a la cadena volcánica Los Coconucos (CVLC), departamento del Cauca. Tras la declaratoria de alerta naranja emitida el 01 de agosto de 2026, correspondiente a un estado de alistamiento institucional y preparación intersectorial, el boletín extraordinario del 10 de agosto informó que los valores del flujo de dióxido de azufre (SO₂) permanecen por encima del promedio, con dispersión hacia el noroccidente. Durante las últimas 24 horas se registraron cinco emisiones de ceniza, con alturas máximas de 700 metros. Por otra parte, el evento sísmico registrado el 10 de agosto a las 7:34 a. m. no estuvo relacionado con la actividad volcánica y no se reportaron cambios adicionales en el comportamiento del volcán.

Como parte de las acciones de respuesta, se realizó la caracterización de la población susceptible de evacuación por amenaza alta, en el corregimiento de Puracé, se identificaron 792 personas pertenecientes a 330 familias. Asimismo, se encuentran habilitados y con concepto sanitario favorable cuatro Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE), sin ocupación hasta la fecha. Los análisis microbiológicos de agua para consumo humano identificaron resultados fuera de especificación para coliformes totales y *Escherichia coli* en puntos de las veredas Loma Linda, Cristales-Pajonal, Alto Anambío, Chapio-sector Paguimbío y San Pedrillo. Adicionalmente, el 06 de agosto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó una jornada de socialización de recomendaciones técnicas en agua, saneamiento e higiene (WASH) y salud ambiental. Desde la Red de Vigilancia Comunitaria (REVCom) se fortalecieron los canales de comunicación con los agentes comunitarios y la verificación diaria de señales o situaciones que puedan representar riesgos para la salud.

Entre las acciones pendientes se encuentra la actualización y emisión del concepto sanitario de dos ATE ubicados en Coconuco y Paletará, así como

la obtención de los resultados de los análisis de agua para consumo humano correspondientes a metales pesados. En la línea base de eventos de interés en salud pública priorizados para la semana epidemiológica 30, se identificó incremento de enfermedad diarreica aguda (EDA) en Páez, de infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa y urgencias en Rosas y López de Micay y de intoxicaciones en Santander de Quilichao. La valoración del riesgo realizada por el Grupo de Factores de Riesgo Ambiental (GFRA) mediante la herramienta SATAES se mantiene en nivel bajo (verde), por lo que continúa el seguimiento de la situación y su evolución.

Fuente: Reportes de Situación (SITREP) del departamento de Cauca, 07 de agosto de 2026; Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta Temprana (SAT), 10 de agosto de 2026.

ALERTAS INTERNACIONALES

Alerta epidemiológica sobre sarampión en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 7 de agosto del 2026

Desde el 01 de enero hasta julio del 2026 se notificaron 186 168 casos de sarampión en 165 Estados Miembros de las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los cuales 83 201 (44,69 %) fueron confirmados por laboratorio. De los casos confirmados, el 27,0 % se reportó por la región de las Américas.

En 2026, entre las semanas epidemiológicas 01 y 28, se confirmaron 47 459 casos de sarampión en la región de las Américas, incluidas 44 defunciones. Los casos fueron notificados por 16 países y un territorio. Guatemala (30 371 casos, incluidas 26 defunciones), México (12 255 casos, incluidas 17 defunciones), Estados Unidos de América (2 260 casos) y Perú (1 277) representan el 95,0 % de los casos confirmados.

El número de casos registrados en 2026, hasta la semana epidemiológica 28, representa un aumento de más de ocho veces, en comparación con los 5 123 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2025 (mapa 1).

Mapa 1. Distribución de casos confirmados de sarampión en la región de las Américas a semana epidemiológica 28 de 2026



Elaboración propia con datos de la OPS

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta Epidemiológica sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 7 de agosto del 2026. Fecha de consulta: 12 de agosto de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/08/2026-agosto-7-phe-alerta-epi-sarampionesfinal.pdf>

Actualización del brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo (RDC), Uganda y Francia. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 11 de agosto de 2026

El brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo (BVD por sus siglas en inglés) en la República Democrática del Congo (RDC) continúa en una fase de transmisión intensa y en expansión. Con corte a 09 de agosto de 2026 se reporta un acumulado de 4 381 casos y 2 011 fallecidos, lo que corresponde a una letalidad del 45,9 %. Ituri sigue siendo el epicentro, con el 85,8 % de los casos acumulados y el 80,6 % de los fallecimientos acumulados.

El número de zonas sanitarias afectadas aumentó a 53, siendo Gombari (Haut-Uélé) y Bafwasende (Tshopo) las zonas sanitarias afectadas más recientemente. En total, el brote afecta ahora a 53 de las 140 zonas sanitarias de cinco provincias. La elevada mortalidad sigue poniendo de manifiesto las deficiencias en la detección precoz y el acceso oportuno a la atención médica. Las muertes en la comunidad siguen siendo frecuentes: el 9 de agosto de 2026, el 66,7 % de las muertes notificadas ocurrieron fuera de los centros de tratamiento. Persisten las deficiencias en la notificación de alertas, la identificación de contactos y el seguimiento de los casos confirmados. La capacidad de tratamiento también sigue bajo presión: varios centros de tratamiento y tránsito en Ituri están saturados, mientras que Kivu del Norte continúa enfrentando limitaciones en la capacidad de derivación y Haut-Uélé aún carece de un centro de tratamiento estándar para el ébola en sus seis zonas sanitarias afectadas.

No se han notificado nuevos casos de BVD en Uganda. El último paciente confirmado fue dado de alta el 16 de julio de 2026 y todos los contactos identificados completaron posteriormente el seguimiento. Francia no ha notificado ninguna transmisión secundaria tras el caso importado detectado el 24 de junio de 2026. El paciente se recuperó y fue dado de alta el 4 de julio de 2026 tras dos resultados negativos consecutivos en la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) mientras los cinco contactos de vuelo identificados completaron 21 días de seguimiento sin desarrollar síntomas.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización del brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo (RDC), Uganda y Francia. Fecha de publicación: 11 de agosto de 2026. Fecha de consulta: 12 de agosto de 2026. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/21922255-8b77-4612-bc0e-1064fafcf6ef/content>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 31 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 31

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 confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado 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	32	1	0	340	33	48	528	21	63	76	7	11	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Antioquia	358	9	8	13222	1380	1554	2476	305	395	906	126	127	25	4	5	195	66	10	59	7	2
Arauca	78	2	0	667	55	82	1829	140	344	591	39	110	18	1	3	1	1	0	23	4	1
Atlántico	54	3	0	2723	283	345	2185	164	444	969	94	185	17	6	0	3	2	2	9	2	0
Barranquilla D.E.	7	0	0	3081	271	380	2102	116	303	939	58	145	18	3	2	3	1	0	20	2	1
Bogotá D.C.	1	0	0	15139	1766	1920	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	17	9	2	0	0
Bolívar	168	8	5	1866	203	194	5778	306	1032	2329	152	443	83	7	15	3	1	0	3	1	0
Boyacá	53	1	3	4517	497	581	207	27	66	100	12	35	2	0	1	4	1	0	2	0	0
Buenaventura D.E.	14	0	0	91	11	7	94	26	16	32	11	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	46	2	0	2686	289	347	135	22	35	55	12	13	0	0	0	3	1	0	19	2	0
Santiago de Cali D.E.	9	0	0	3476	405	437	925	512	142	343	205	55	3	5	1	3	22	0	82	5	1
Caquetá	109	3	4	769	92	97	386	64	20	198	35	11	9	0	0	0	0	0	5	1	0
Cartagena de Indias D.T.	17	0	0	1654	138	227	2655	166	191	515	69	44	28	6	2	1	0	0	2	0	1
Casanare	94	3	1	1418	128	194	2890	149	764	849	58	209	18	2	5	1	3	0	6	1	1
Cauca	77	0	1	3973	447	415	141	60	33	47	22	9	3	1	2	3	5	1	12	2	0
Cesar	159	8	10	1983	204	233	5590	242	662	3162	157	351	41	6	10	1	1	0	25	5	2
Chocó	137	5	2	214	20	22	670	102	119	149	19	24	7	1	0	0	0	0	2	0	1
Córdoba	217	9	3	3475	386	454	2252	339	235	964	169	126	10	5	1	1	1	0	3	0	1
Cundinamarca	63	1	1	10205	1054	1328	1067	139	195	388	66	76	10	1	4	9	4	2	5	0	0
Guainía	5	0	0	166	12	21	7	4	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	53	1	1	236	62	31	718	29	321	142	7	53	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Huila	89	1	0	4505	374	518	875	188	154	332	77	49	39	7	2	7	1	0	27	5	1
La Guajira	85	4	4	1584	239	194	3002	107	132	1604	73	73	53	2	1	2	1	0	9	1	2
Magdalena	99	4	0	1594	180	151	4016	112	550	2003	76	271	27	2	2	1	2	0	4	1	0
Meta	179	8	8	2912	311	338	11322	444	1660	3392	155	479	103	4	17	8	10	0	17	3	1
Nariño	75	4	3	5051	532	628	485	65	94	194	21	35	5	1	0	2	1	0	8	1	0
Norte de Santander	222	6	10	4797	462	586	4238	308	707	1621	150	231	66	4	8	19	18	1	4	0	0
Putumayo	89	1	3	1273	128	175	311	68	54	79	19	14	4	0	0	0	0	0	4	0	0
Quindío	10	0	0	2188	231	234	251	24	58	64	9	18	4	0	0	0	1	0	3	0	0
Risaralda	46	1	2	2924	320	409	134	24	35	55	10	16	2	0	1	11	3	4	10	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	234	27	30	24	3	8	9	2	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	25	0	0	1310	129	175	1971	43	79	881	27	29	6	1	0	1	0	0	6	0	0
Santander	131	3	0	5425	525	641	4474	450	666	1714	197	294	27	6	2	60	4	8	6	0	0
Sucre	58	3	2	1910	198	249	1187	265	221	577	161	110	12	5	1	1	0	0	1	0	0
Tolima	99	2	1	5055	512	682	2100	351	417	620	147	133	28	4	6	2	2	0	15	2	1
Valle del Cauca	49	3	0	6101	621	720	1092	323	219	379	124	73	9	2	3	1	1	0	38	6	1
Vaupés	31	2	0	149	18	19	44	3	27	5	0	0	0	0	0	1	0	0	7	1	0
Vichada	32	0	2	155	21	24	69	20	9	21	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	3070	98	74	119.068	12.564	14.690	68.230	5.731	10.470	26.306	2.573	3.863	681	86	95	400	171	37	439	53	17

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 31

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	1473	174	121	2	8	1	3680	573	394	242	16	45	0	0	0	1803	390	239	10	12	10
Antioquia	5569	969	709	165	108	41	600115	78914	60868	23803	3203	2298	2441	857	562	243364	33726	35023	447	503	447
Arauca	148	7	7	6	7	2	14162	2535	2446	1612	187	327	35	7	8	5040	731	593	34	37	34
Atlántico	0	0	0	4	14	1	87699	13130	9253	2161	299	125	1457	241	219	36145	4794	5692	73	131	73
Barranquilla D.E.	0	0	0	13	23	3	126900	20067	12713	6845	497	702	825	277	194	46894	6578	5817	120	162	120
Bogotá D.C.	0	0	0	121	137	34	933065	139022	113529	44939	6182	4587	5680	1891	1396	446665	53565	57430	450	470	450
Bolívar	1303	123	197	18	18	3	81301	12614	8618	1990	258	212	267	97	68	19235	2967	2068	124	134	124
Boyacá	157	0	9	22	18	2	74556	13315	9277	4313	591	528	242	120	68	28939	3824	3951	65	83	65
Buenaventura D.E.	1023	187	135	11	5	3	6156	817	566	28	8	1	8	2	1	1995	513	204	35	47	35
Caldas	8	2	0	17	6	4	50791	8294	5128	2127	310	190	814	204	176	19647	2821	2531	53	59	53
Santiago de Cali D.E.	2	1	1	70	47	11	144860	22724	13910	3883	662	569	389	85	62	102255	12658	15019	151	179	151
Caquetá	255	9	15	16	11	7	20708	3735	2050	1524	171	146	17	10	7	9574	1582	925	33	40	33
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	12	14	3	103267	17683	11704	7332	434	986	1101	289	310	31269	4467	3763	93	137	93
Casanare	24	2	0	8	3	3	15651	3333	2545	269	90	37	93	15	21	6685	1032	829	23	46	23
Cauca	1416	258	179	32	15	9	61275	10431	6055	2904	206	232	134	64	24	22514	4980	3127	122	146	122
Cesar	13	2	4	31	14	9	66121	11398	6494	3373	705	522	237	71	52	15150	3501	1739	135	158	135
Chocó	14566	2409	2498	14	9	0	15551	2052	1581	826	160	103	23	7	0	10692	970	1513	95	108	95
Córdoba	3193	888	354	16	16	7	124596	18892	13079	6715	606	660	1084	277	243	28799	4765	3421	157	226	157
Cundinamarca	0	0	0	51	32	12	210295	31781	23440	9904	1128	1164	663	354	174	98264	11455	11970	214	248	214
Guainía	2097	326	120	0	0	0	1091	231	162	63	24	8	0	0	0	1013	120	168	15	12	15
Guaviare	803	85	87	2	2	2	3790	697	806	658	45	97	47	6	18	2708	260	462	3	9	3
Huila	1	0	0	21	14	6	50314	11687	6940	3185	469	462	405	149	119	23765	3998	3044	99	107	99
La Guajira	12	1	2	7	8	2	163049	15565	19527	2366	533	201	424	65	61	25408	4391	3074	163	237	163
Magdalena	8	1	1	11	11	4	77047	8927	8645	2504	300	405	18	12	6	21706	3578	2802	70	113	70
Meta	1149	43	127	9	9	2	52829	8620	7195	2167	290	275	154	109	51	28537	4012	3068	85	109	85
Nariño	2367	859	259	50	32	14	70811	13231	7081	4773	457	425	117	50	31	28967	5908	4273	100	123	100
Norte de Santander	578	126	130	58	27	16	100221	12154	8812	6910	822	517	574	183	110	32882	5293	4007	104	135	104
Putumayo	53	5	2	7	6	2	24414	2819	2876	880	128	144	33	9	8	8839	1033	1063	21	36	21
Quindío	2	2	0	9	6	1	31744	5895	3337	1762	262	196	326	71	62	19873	2676	2916	34	36	34
Risaralda	1598	345	144	49	12	15	68177	9019	8388	2119	343	246	205	74	37	24746	3695	2875	59	65	59
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	1	0	3711	699	399	475	89	37	11	1	4	1484	297	239	2	8	2
Santa Marta D.T.	0	0	0	9	5	3	35015	5171	3259	2311	197	260	517	140	100	12451	1340	1491	52	55	52
Santander	13	1	3	82	32	23	157217	18445	17051	10650	1285	1212	1576	418	400	59692	6608	7035	105	136	105
Sucre	33	8	4	16	8	4	60927	9053	6777	4611	641	429	605	260	142	16333	3185	2905	85	111	85
Tolima	22	0	4	12	12	1	84718	13545	9938	6062	588	607	283	107	82	37159	4965	5329	64	90	64
Valle del Cauca	18	6	2	28	25	3	84946	12935	8817	2376	293	236	715	122	187	43689	6335	6268	104	125	104
Vaupés	902	210	313	7	3	3	3781	524	492	78	15	10	0	1	0	1744	112	207	5	8	5
Vichada	1190	98	67	2	3	0	1682	423	457	3	3	1	0	0	0	1004	194	139	27	23	27
Total nacional	39.999	7.277	5.269	1.009	744	256	3.816.233	560.950	424.609	178.743	22.497	19.202	21.520	6.636	5.003	1.566.929	213.317	207.219	3.631	4.463	3.631

41

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 31

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	1	1	1	6	0	0	65	4	2	1	0	0
Antioquia	7	8	0	361	54	32	12	4	0	948	66	44	1681	199	192	234	47	47
Arauca	2	0	0	19	1	2	0	1	0	29	2	3	71	13	8	27	2	17
Atlántico	2	2	0	48	4	7	1	0	0	15	1	1	491	93	41	29	9	2
Barranquilla D.E.	1	2	0	108	9	10	0	0	0	40	4	3	630	69	45	67	23	10
Bogotá D.C.	13	8	1	905	111	83	522	4	19	865	96	51	3010	408	362	1071	281	299
Bolívar	6	2	0	28	3	3	2	0	0	25	2	2	284	40	19	14	0	1
Boyacá	3	2	0	99	16	13	12	1	2	103	5	30	459	65	53	110	30	35
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	21	1	0	1	0	1
Caldas	2	1	0	26	7	4	2	0	0	20	2	0	303	30	39	10	0	3
Santiago de Cali D.E.	1	2	1	88	20	9	0	0	0	30	3	3	648	74	72	72	19	6
Caquetá	0	1	0	19	3	2	1	0	0	3	1	0	142	14	11	3	1	1
Cartagena de Indias D.T.	0	2	0	39	4	4	0	0	0	49	2	2	284	61	14	29	2	0
Casanare	1	1	0	33	3	1	0	0	0	45	1	2	142	16	10	8	1	5
Cauca	1	2	0	36	6	2	2	0	0	30	1	5	179	22	22	59	6	15
Cesar	1	3	0	56	3	4	0	0	0	64	3	2	445	31	29	17	6	3
Chocó	0	1	0	3	0	0	0	0	0	107	5	1	18	5	1	8	0	1
Córdoba	2	4	0	107	13	4	0	0	0	15	1	1	772	103	85	35	4	4
Cundinamarca	4	5	0	236	32	27	178	2	4	151	22	6	1466	162	217	187	54	41
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	13	2	0	1	0	1
Guaviare	1	0	0	5	1	1	1	1	0	2	0	0	28	5	0	2	0	0
Huila	6	2	0	92	13	6	8	1	0	31	7	1	343	39	104	11	2	4
La Guajira	0	2	0	20	2	4	0	0	0	31	1	2	264	26	37	18	3	4
Magdalena	1	2	0	17	3	0	0	1	0	16	2	3	228	25	24	4	0	1
Meta	5	2	0	42	7	6	10	1	1	104	10	8	266	51	39	25	6	5
Nariño	7	2	0	79	13	6	1	1	0	56	7	7	490	56	57	20	1	4
Norte de Santander	3	2	0	111	16	8	0	0	0	93	5	1	1013	74	52	40	9	24
Putumayo	1	1	0	32	2	0	1	1	0	18	1	1	95	20	6	11	3	3
Quindío	0	1	0	37	5	3	1	1	0	19	1	0	212	25	19	28	5	4
Risaralda	0	1	0	32	4	0	1	1	0	78	1	1	320	41	26	15	1	3
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	4	0	0	0	1	0	3	0	0	51	2	5	1	0	0
Santa Marta D.T.	1	1	1	10	1	0	0	0	0	12	9	0	158	10	7	7	5	1
Santander	3	3	0	49	8	1	1	0	0	163	9	6	679	64	66	75	19	17
Sucre	2	2	0	31	7	4	3	1	0	27	12	1	306	48	28	27	2	3
Tolima	4	2	0	27	9	5	7	1	0	21	3	1	416	62	45	28	5	6
Valle del Cauca	3	3	0	97	12	7	1	0	0	11	2	1	661	86	48	20	4	5
Vaupés	0	0	0	3	0	0	1	1	0	97	1	3	15	0	1	2	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	3	1	0	23	1	4	69	1	2	1	0	0
Total nacional	85	70	3	2.900	415	258	773	21	27	3.354	283	196	16.738	2.025	1.788	2.318	550	576

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 31

 Decremento
 Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis Cutanea	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	35	31	0	0	47	61	10	5
Antioquia	1	1	0	0	1263	1656	0	1	3239	3454	713	411
Arauca	1	0	0	0	167	118	0	0	106	139	13	10
Atlántico	0	0	0	0	231	212	0	0	576	559	1	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	139	127	0	0	562	575	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	1939	1602	0	1	3245	3683	0	0
Bolívar	0	2	0	0	284	366	0	0	349	311	264	243
Boyacá	2	0	0	0	294	354	0	0	636	561	116	69
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	95	81	0	0	60	60	11	17
Caldas	0	0	0	0	109	119	0	1	726	758	127	65
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	291	334	0	1	1045	1230	1	0
Caquetá	0	0	0	0	115	91	0	0	151	131	169	97
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	197	351	0	0	346	370	1	0
Casanare	6	0	0	0	200	154	0	0	182	168	4	5
Cauca	0	0	0	0	184	212	0	0	516	535	33	15
Cesar	3	0	0	0	456	601	0	0	360	363	131	216
Chocó	0	0	0	0	523	576	0	0	73	111	160	129
Córdoba	1	2	0	0	335	389	0	0	640	691	126	83
Cundinamarca	1	0	0	0	773	767	0	0	1404	1716	126	65
Guainía	0	0	0	0	35	18	0	0	17	16	11	8
Guaviare	0	0	0	0	60	44	0	0	36	43	194	99
Huila	0	0	0	0	263	254	0	3	500	501	6	8
La Guajira	0	0	0	0	1100	982	0	0	184	211	18	23
Magdalena	0	0	0	0	372	383	0	0	233	237	5	7
Meta	1	0	0	0	259	290	0	0	432	375	123	67
Nariño	0	0	0	0	417	492	0	0	893	890	153	75
Norte de Santander	1	1	0	0	412	360	0	0	676	746	145	89
Putumayo	0	0	0	0	122	124	0	0	194	155	169	33
Quindío	0	0	0	0	62	62	0	0	310	315	0	0
Risaralda	0	0	0	0	256	345	0	0	743	751	72	48
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	6	11	0	0	16	22	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	69	98	0	1	182	201	8	9
Santander	3	0	0	0	284	287	0	0	1003	1049	436	567
Sucre	1	0	0	0	162	253	0	1	305	271	67	60
Tolima	1	0	0	0	206	218	0	0	718	687	150	63
Valle del Cauca	0	0	0	0	297	393	0	0	799	873	10	5
Vaupés	0	0	0	0	36	17	0	0	49	49	28	7
Vichada	0	0	0	0	172	132	0	0	15	21	22	24
Total nacional	24	6	0	0	12.218	12.904	1	9	21.567	22.889	3.487	2.624

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 31

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	1
Antioquia	15	4	13	9	5	3	18	22	8	7	83	331
Arauca	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	3	1
Atlántico	1	3	5	0	1	0	2	3	4	0	19	23
Barranquilla D.E.	4	4	4	0	1	1	4	5	2	1	15	19
Bogotá D.C.	1	0	11	11	0	1	28	21	0	0	95	710
Bolívar	2	1	5	1	1	0	4	8	3	3	15	5
Boyacá	0	2	3	2	1	0	4	2	1	0	15	17
Buenaventura D.E.	1	0	2	1	0	2	2	1	2	0	4	3
Caldas	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	13	10
Santiago de Cali D.E.	3	0	3	1	1	0	5	1	0	1	27	34
Caquetá	11	0	2	3	0	0	5	1	2	0	5	5
Cartagena de Indias D.T.	3	3	4	4	1	0	5	4	1	0	12	29
Casanare	0	0	1	1	1	0	1	2	1	0	6	6
Cauca	2	0	5	3	3	2	7	4	0	2	19	1
Cesar	0	0	7	4	4	3	5	7	9	8	18	23
Chocó	1	0	8	5	16	10	24	25	26	18	7	10
Córdoba	2	0	5	1	1	1	6	10	5	1	24	26
Cundinamarca	0	1	7	4	0	0	8	6	0	0	43	103
Guainía	0	0	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1
Guaviare	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Huila	3	1	3	2	0	1	4	2	2	0	15	34
La Guajira	0	0	11	7	18	9	23	16	30	16	13	2
Magdalena	0	0	5	5	1	4	6	3	9	1	12	5
Meta	0	0	3	1	1	1	5	6	5	2	14	22
Nariño	1	0	7	4	0	2	7	5	2	0	21	23
Norte de Santander	1	1	5	0	1	0	3	3	3	0	20	42
Putumayo	1	0	1	0	0	2	2	0	1	1	5	7
Quindío	2	0	1	2	0	0	2	1	0	0	7	12
Risaralda	4	0	3	3	7	2	6	8	5	1	12	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Marta D.T.	1	1	3	1	1	1	2	0	0	1	7	17
Santander	3	1	3	0	0	1	5	3	1	0	29	32
Sucre	0	0	2	2	0	1	4	1	1	0	12	12
Tolima	7	6	4	3	1	2	6	4	0	1	17	24
Valle del Cauca	2	1	2	1	1	2	7	2	3	1	25	49
Vaupés	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	1	0
Vichada	0	0	2	1	1	2	2	3	8	6	2	0
Total nacional	326	279	138	82	82	56	237	180	144	71	638	1.652

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 31

Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	2	2	11	14	0	0	36	44	1	2	391	328
Antioquia	99	82	745	908	1	1	2281	2982	74	81	13811	10572
Arauca	21	10	108	96	0	0	86	86	1	1	754	861
Atlántico	24	13	217	210	1	2	297	389	12	16	1537	1459
Barranquilla D.E.	26	14	246	219	1	0	518	578	13	25	1537	1825
Bogotá D.C.	74	68	531	615	0	0	803	911	23	25	19040	18454
Bolívar	26	15	187	179	1	3	125	135	3	2	1434	1473
Boyacá	16	6	64	55	0	1	108	130	2	1	2671	2571
Buenaventura D.E.	15	9	92	87	0	0	106	126	4	6	217	183
Caldas	12	9	85	96	0	0	201	197	2	4	1865	2065
Santiago de Cali D.E.	16	18	282	421	0	0	929	895	31	26	4592	3844
Caquetá	6	4	52	51	0	0	160	183	4	7	666	623
Cartagena de Indias D.T.	42	25	216	274	0	0	275	345	3	7	898	1154
Casanare	26	17	87	109	0	0	100	128	3	4	533	679
Cauca	13	6	113	138	0	0	185	171	2	1	2040	2047
Cesar	26	18	200	183	1	0	277	309	3	8	1224	1325
Chocó	31	22	152	134	0	0	143	158	2	0	268	317
Córdoba	16	15	190	172	2	0	176	193	4	2	2092	2085
Cundinamarca	42	24	240	294	0	0	325	413	9	12	8534	9184
Guainía	5	5	11	9	0	0	15	13	0	0	125	126
Guaviare	3	2	16	10	0	0	24	36	1	0	189	276
Huila	9	10	95	116	0	1	272	281	5	4	3724	3856
La Guajira	40	24	237	195	0	0	339	482	5	6	834	909
Magdalena	21	8	145	158	1	0	113	133	1	5	859	851
Meta	32	53	153	196	0	0	409	452	14	16	1512	1608
Nariño	9	10	139	151	0	1	117	170	3	6	2737	3082
Norte de Santander	57	20	305	279	0	0	449	580	10	10	2338	2598
Putumayo	3	5	59	58	0	1	68	79	2	0	844	1058
Quindío	5	7	58	60	0	0	172	196	2	5	1607	1546
Risaralda	19	8	110	116	0	1	391	448	13	7	2228	2252
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	5	6	0	0	7	12	0	1	148	150
Santa Marta D.T.	12	9	81	125	0	0	169	198	3	1	424	379
Santander	40	18	265	289	0	0	678	874	17	13	3836	4247
Sucre	10	8	127	112	0	3	66	58	0	1	1113	1108
Tolima	13	17	97	121	0	1	355	462	9	11	1939	2076
Valle del Cauca	18	18	197	269	0	0	455	668	14	14	4380	4491
Vaupés	1	2	3	5	0	0	12	14	0	0	172	272
Vichada	5	5	24	26	0	0	21	16	0	0	157	156
Total nacional	847	606	5.945	6.556	7	15	11.264	13.545	298	330	93.268	92.090



Semana epidemiológica 31

02 al 08 de agosto de 2026

TEMA CENTRAL

Capacidades territoriales para la gestión del riesgo ante brotes y emergencias en salud pública, Colombia, 2024-2026

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora de Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en
Salud Pública

Una publicación del:
Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín Epidemiológico Semanal

Autor: tema central: Sandra Patricia Silva Duarte. **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 Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz. **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. **Brotes y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Eliana Mendoza Niño, Jinna Maritza Izquierdo Puerto, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Nieves Johana Agudelo Chivata, Andrea Rico Hernández, Yenny Marcela Elizalde. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Eliana Mendoza, 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.

46 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.31>