

CAMBIANDO LA NARRATIVA SOBRE EL SUICIDIO

Día Mundial para la
Prevención del Suicidio

10 de septiembre



Imagen generada por IA ChatGPT

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Año 21

Intento de suicidio e Intoxicaciones agudas por sustancias químicas en Colombia

La carga de las intoxicaciones químicas en Colombia refleja la necesidad de fortalecer la prevención del comportamiento suicida, el uso seguro de medicamentos y la respuesta territorial de la vigilancia territorial en salud pública.

Semana
epidemiológica

30 de agosto al 05 de septiembre de 2026

35

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

Intento de suicidio e Intoxicaciones agudas por sustancias químicas en Colombia



Situación nacional

8



Mortalidad

14



Eventos trazadores

21



Brotes y alertas

41



Tablas de mando por departamento

45



TEMA CENTRAL

Comportamiento de la notificación del intento de suicidio, Colombia, a periodo epidemiológico VIII de 2026

Yalena Mosquera Bahamón, ymosquera@ins.gov.co

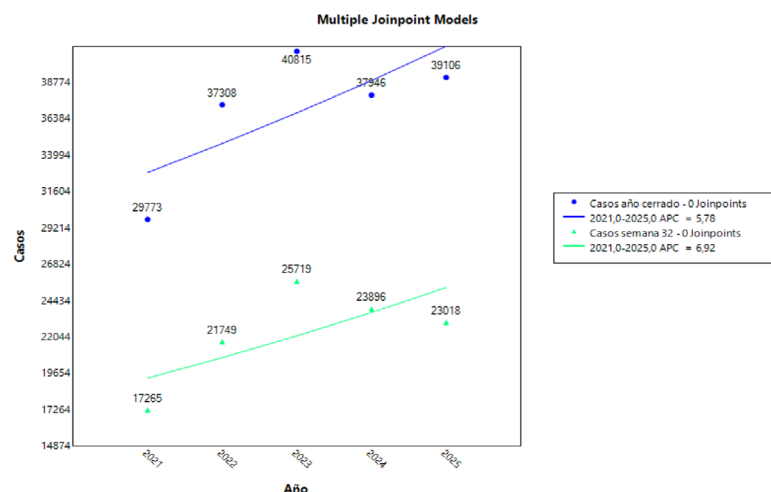
Cada año el 10 de septiembre, desde 2003, se conmemora a nivel mundial el día mundial para la prevención del suicidio. Con el lema 2024-2026 "*Cambiar la narrativa*" se propone romper el estigma, fomentar el diálogo, y promover la acción colectiva para prevenir esta conducta (1).

El intento de suicidio es una conducta autoinfligida, realizada por una persona con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros y sin resultado fatal. La existencia de intentos suicidas en el pasado es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia del suicidio consumado en la población general (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, fijó como meta reducir en un tercio la tasa de suicidios para 2030 en los países miembros (3). En Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 estableció la meta mantener, a 2031, la tasa de mortalidad de suicidio por debajo de 5 por 100 000 habitantes, con una línea de base de 5,5 por 100 000 habitantes en 2020 (4). En este contexto, la vigilancia en salud pública del intento de suicidio genera información útil para acciones que contribuyan a prevenir los intentos de suicidio y sus desenlaces fatales (5).

Entre 2021 y 2025 la notificación de intentos de suicidio no presentó variaciones estadísticamente significativas en el número total de casos anuales ni en los casos acumulados hasta la semana epidemiológica 32. El aumento anual fue del 5,78 % (IC del 95 %: - 7,9—21,1; $p < 0,36$) para los casos anuales y del 6,92 % (IC del 95 %: - 10,7—27,5; $p < 0,38$) para los casos acumulados hasta la semana epidemiológica 32 (figura 1).

Figura 1. Tendencia de la notificación de intento de suicidio, Colombia, total anual y acumulado hasta la semana epidemiológica 32, 2021-2025

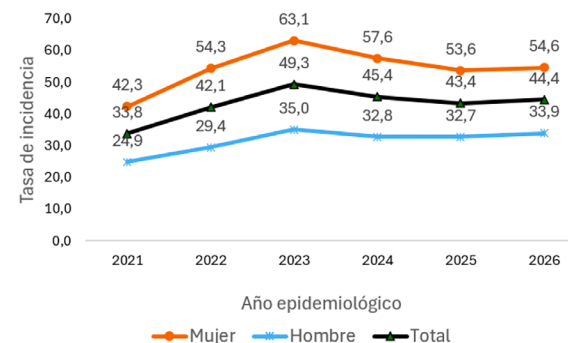


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2021-2025

De los cinco años analizados (2021 a 2025), en 2023 se registró la mayor tasa de incidencia general con 78,2 casos por 100 000 habitantes y el mayor promedio de casos por semana (786). En 2026, a período epidemiológico VIII, se han notificado 23 731 casos; 14 870 (62,7 %) en mujeres y 8 861 (37,3 %) en hombres, con un promedio de casos semanales de 741. La tasa de incidencia general es 44,4 y en mujeres 54,6, inferior a las de los años 2023 y 2024 con corte a período epidemiológico VIII, mientras que en hombres sólo fue superada en 2023, año donde persiste la mayor tasa tanto general como por sexo del período 2021 a 2025 (figura 2).

La tasa de incidencia por grupos de edad se comporta de manera similar a los años anteriores y se mantiene superior en el grupo de 15 a 19 años (65,7), en mujeres (93,4) y hombres (39,2); este grupo de edad aporta el 26,0 % de los casos.

Figura 2. Tasa de incidencia* de intento de suicidio, general y por sexo, Colombia 2021- 2026 a período epidemiológico VIII



Fuente: numerador: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 a 2025 y 2026p

Denominador: Proyecciones de población y estudios demográficos (PPED). Proyecciones de población por área geográfica nacional según sexo y edades simples, período 2018-2070. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
*Tasa de incidencia por 100 000 habitantes

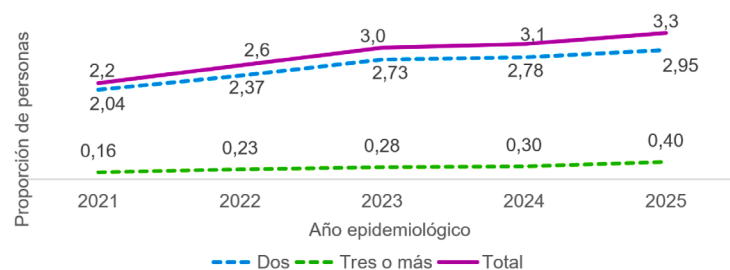
Por grupo poblacional, el 2,5 % correspondió a centros psiquiátricos (602 casos), y el 2,0 % a migrantes (480 casos). Por pertenencia étnica, la mayor tasa de incidencia se observó en la población afrocolombiana, con 23,2 casos por 100 000 habitantes (589 casos), seguida de la población indígena, con 22,3 casos por 100 000 habitantes (567 casos).

Los 23 731 casos de 2026 han sido notificados por 858 municipios, que corresponden al 77,8 % de los municipios del país. de estos, 23 708 ocurrieron en 1 000 municipios (90,7 %). Diecisiete entidades territoriales presentan una tasa de incidencia superior a la tasa nacional (44,4 por 100 000 habitantes). Las cinco entidades territoriales con las tasas más altas fueron: Vaupés (116,9), Risaralda (76,1), Caldas (73,3), Amazonas (69,9) y Quindío (57,4). Además, los departamentos de Arauca y Vichada presentaron comportamientos inusuales de incremento.

La proporción de repetición del intento de suicidio corresponde al porcentaje de personas que presentaron más de un intento de suicidio en el mismo año epidemiológico. Entre 2021 y 2025, esta proporción muestra un aumento gradual y constante, pasando del 2,2 % en 2021 al 3,3 % en 2025 (figura 4).

En 2026, a periodo epidemiológico VIII, la proporción nacional fue del 2,6 %. No se observaron casos de repetición en Amazonas, Buenaventura, San Andrés y Vichada.

Figura 4. Proporción de repetición del intento de suicidio en el mismo año, Colombia 2021 a 2025



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 a 2025

Durante el período 2021-2025, las personas con repetición (5 184) se caracterizan en su distribución por sexo y grupos de edad similar a las personas sin repetición (159 615). El grupo de edad de 15 a 19 años concentró el mayor número de casos en ambos sexos, con una proporción de casos más alta en quienes repitieron el intento (30,0 % vs. 26,0 %).

En el grupo con repetición la razón mujer/hombre fue de 1,6, el mayor valor se observó en el rango de edad de 10 a 14 años (6,6) y los menores en el rango de 5 a 9 años y de 65 y más (0,5). En el grupo sin repetición, la razón mujer/hombre fue superior a 1 entre los 10 y los 54 años; el mayor valor se registró en el grupo de 10 a 14 años (4,7) y el menor, en el de 65 y más (0,6) (tabla 1).

Tabla 1. Número, proporción, y razón mujer/hombre en personas con y sin repetición de repetición de intento de suicidio por sexo y grupo de edad, 2021-2025, Colombia

Con repetición							Sin repetición						
Grupo de edad	Mujer	Hombre	Total	Proporción mujer/total	Proporción hombre/total	Razón mujer/hombre	Grupo de edad	Mujer	Hombre	Total	Proporción mujer/total	Proporción hombre/total	Razón mujer/hombre
5 a 9	4	8	12	0,1	0,2	0,5	5 a 9	296	453	749	0,2	0,3	0,7
10 a 14	642	98	740	12,4	1,9	6,6	10 a 14	16568	3543	20111	10,4	2,2	4,7
15 a 19	1114	458	1572	21,5	8,8	2,4	15 a 19	30669	12340	43009	19,2	7,7	2,5
20 a 24	583	417	1000	11,2	8,0	1,4	20 a 24	18744	11611	30355	11,7	7,3	1,6
25 a 29	317	291	608	6,1	5,6	1,1	25 a 29	11682	8423	20105	7,3	5,3	1,4
30 a 34	186	243	429	3,6	4,7	0,8	30 a 34	7775	5939	13714	4,9	3,7	1,3
35 a 39	141	150	291	2,7	2,9	0,9	35 a 39	5598	4133	9731	3,5	2,6	1,4
40 a 44	89	111	200	1,7	2,1	0,8	40 a 44	3950	2918	6868	2,5	1,8	1,4
45 a 49	60	49	109	1,2	0,9	1,2	45 a 49	2665	1942	4607	1,7	1,2	1,4
50 a 54	31	48	79	0,6	0,9	0,6	50 a 54	1767	1557	3324	1,1	1,0	1,1
55 a 59	30	35	65	0,6	0,7	0,9	55 a 59	1158	1243	2401	0,7	0,8	0,9
60 a 64	10	17	27	0,2	0,3	0,6	60 a 64	734	909	1643	0,5	0,6	0,8
65 y más	18	34	52	0,3	0,7	0,5	65 y más	1067	1931	2998	0,7	1,2	0,6
Total	3225	1959	5184	62,2	37,8	1,6	Total	102673	56942	159615	64,3	35,7	1,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 a 2025

Razón mujer/hombre >1
Razón mujer/hombre <1

Nota: la escala de color rojo indica el grado de concentración de casos

El comportamiento de la repetición por entidad territorial evidencia razones mujer/hombre superiores a 1 en la mayoría de las entidades, con valores entre 1,0 en Guainía y Chocó y 4,3 en el distrito de Santa Marta. Por grupos de edad, en 36 entidades territoriales el mayor número de personas con repetición se concentró en el rango de 15 a 19 años (30,3 %) seguido por el de 20 a 24 años (19,3 %) (tabla 2).

Las entidades con proporciones de repetición más bajas reportan menos o ninguna persona con repetición desde los 25 años en adelante (tabla 2).

Tabla 2. Número de personas por grupo de edad según entidad territorial y proporción de personas con repetición por entidad territorial, 2021-2025, Colombia

	Entidad territorial	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 y más	Total	Proporción repetición
	Antioquia		86	271	195	127	77	78	40	22	17	12	8	2	935	18,04
	Bogotá, D.C.	2	59	179	165	89	75	40	28	13	11	8	3	7	679	13,10
	Risaralda		73	77	60	33	12	17	22	5	7	5	1	4	316	6,10
	Cundinamarca	2	46	114	55	32	25	18	10	5	2	2	2	2	315	6,08
	Caldas		44	68	44	35	18	15	14	11	4	3	1	2	259	5,00
	Santander		39	74	44	17	21	9	9	4	7	10	1	5	240	4,63
	Santiago de Cali		26	73	40	34	21	11	7	6	3	6	1	8	236	4,55
	Valle del Cauca	1	35	77	46	25	16	11	5	5	5	1	1	2	230	4,44
	Nariño		27	57	46	27	26	11	4	7	3			1	210	4,05
	Norte de Santander	1	28	60	34	8	9	10	7	5	2	3	3	3	170	3,28
	Tolima	42	28	42	23	26	25	9	6	2	2	1	1	3	168	3,24
	Boyacá	21	48	43	17	11	8	7	5	1				1	162	3,13
	Atlántico	2	36	57	19	8	5	8	3	3	2	2	2	3	150	2,89
	Córdoba	1	36	45	30	16	11	1	2	2	1	1	1	1	147	2,84
	Barranquilla	1	17	34	14	15	8	7	5			2		4	107	2,06
	Cauca		16	34	13	16	10	9	4	1	1				104	2,01
	Bolívar		21	42	8	7	5	3	4	2	2	1		1	96	1,85
	Huila		13	21	16	17	6	1	4	1			1		80	1,54
	Meta	1	11	30	9	7	10	5	4		1	1			79	1,52
	Quindío		8	18	10	8	8	7	6	4	4	3	1	1	78	1,50
	Cesar		6	19	14	6	4	1	2			2			54	1,04
	Sucre		10	17	8	6	5	3			1		1	1	52	1,00
	Cartagena de Indias		14	14	6	6	5	1	1						47	0,91
	Casanare	1	7	15	12	1	2	2	1						41	0,79
	Putumayo		1	9	8	3	5	5	3		2				36	0,69
	Magdalena		8	13	8	1	2						1	1	34	0,66
	Cauquetá		4	12	7	6			2						31	0,60
	Arauca		6	6	7	3	2			1					25	0,48
	La Guajira		6	10	3	3	2	1							25	0,48
	Santa Marta		1	11	4	2	1	1		1					21	0,41
	Vaupés		4	9	3	2									18	0,35
	Chocó		3	3	1	2					1				10	0,19
	Amazonas			2	2		1		2	1					8	0,15
	Buenaventura		3	2	2			1							8	0,15
	Guaviare		3	1		1				1					5	0,10
	Vichada		4												5	0,10
	Guainía			1											1	0,02
	Archipiélago de San Andrés y Providencia						1								1	0,02
	Total	12	740	1572	1000	608	429	291	200	109	79	65	27	52	5184	100,00
	Porcentaje	0,2	14,3	30,3	19,3	11,7	8,3	5,6	3,9	2,1	1,5	1,3	0,5	1,0	100,0	

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

Nota: la escala de color azul indica el cuartil según la proporción de repetición

Entre 2021 y 2025, la región Andina concentró dos terceras partes de las personas con repetición del intento de suicidio; principalmente en Bogotá, D.C. con valores entre el 10,6 % y el 15,3 %; seguida de Medellín, con valores entre el 8,1 % y el 10,3 %. En Santiago de Cali la proporción aumentó al 7,4 % en 2025, después de mantenerse entre el 4,0 % y 5,0 % entre 2021 y 2024. El número de municipios con personas con repetición aumentó progresivamente de 202 en 2021 a 320 en 2025.

El mecanismo más frecuentemente usado en personas con y sin repetición fue la intoxicación; sin embargo, en el grupo con repetición del intento disminuye su elección y aumenta el uso del arma cortopunzante en hombres (7,6 % a 11,3 %) y en mujeres (12,4 % a 18,0 %), así como el ahorcamiento o asfixia en mujeres (3,5 % a 4,7 %) y en hombres (4,6 % a 5,1 %) y el lanzamiento al vacío

y al vehículo. Se observa una disminución en el lanzamiento al agua en mujeres (0,3 % a 0,2 %) y en el uso de arma de fuego en hombres (de 0,5 % a 0,3 %).

La comparación de cada mecanismo usado en las personas con y sin repetición evidencia que el riesgo de repetición es mayor cuando se usa el arma cortopunzante (RR = 1,06; IC 95 %: 1,11- 1,12; p = 0,0072), asfixia (RR = 1,16; IC 95 %:1,11-1,26; p = 0,0007, y el lanzamiento a vehículo (RR = 4,72; IC 95 %: 3,91 a 5,71; p = < 0,0001).

La proporción de factores de riesgo fue mayor en las personas con repetición. Los factores más frecuentes en ambos grupos fueron el antecedente de trastorno psiquiátrico, incluida la depresión, y la ideación suicida persistente. En las mujeres con repetición, estos factores se presentaron en el 36,5 % y el 29,5 %, respectivamente, frente al 26,4 % y el 22,7 % en aquellas sin repetición. En los hombres con repetición, las proporciones fueron del 21,4 % y el 17,4 %, respectivamente, frente al 13,3 % y el 11,4 % en aquellos sin repetición. Además, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) fue más frecuente en los hombres que en las mujeres, principalmente en el grupo con repetición (13,1 % frente a 7,6 %).

Entre los factores desencadenantes, se identificaron, con significancia estadística, para la repetición el maltrato físico, psicológico o sexual (RR = 1,43; IC 95 %:1,35- 1,56; p < 0,0001), enfermedad crónica dolorosa o discapacitante (RR = 1,42; IC 95 %:1,23- 1,60; p < 0,0001), y problemas legales (RR = 2,28; IC 95 %:1,97 - 2,64; p < 0,0001).

Conclusiones

- En el período 2021-2025 se observa estabilidad en la notificación de intento de suicidio con un pico en 2023. En el período 2021-2026 con corte a periodo VIII la tendencia es similar por año, sexo, y grupo de edad, la incidencia por entidad territorial, mecanismos y factores desencadenantes.
- La repetición del intento de suicidio presenta aumento constante y gradual desde 2021, sugiriendo la necesidad de implementar la respuesta institucional con calidad y oportunidad en la atención en salud mental y estrategias comunitarias efectivas que prevengan el intento de suicidio, la repetición de la conducta y el desenlace fatal.
- Aunque la intoxicación es el mecanismo más usado en el intento de suicidio, el uso del arma cortopunzante, el ahorcamiento-asfixia, y el lanzamiento

a vehículo son factores de riesgo estadísticamente significativos para la repetición del intento de suicidio.

- La repetición del intento de suicidio se observa en entidades territoriales con más de 100 000 habitantes y se ubica principalmente en la región Andina.

Recomendaciones

- Entidades territoriales

- Monitorear de manera constante la calidad del dato de los casos notificados de intento de suicidio con el fin de construir y disponer un panorama ajustado del comportamiento del evento.
- Realizar el análisis de la información sobre el evento de manera permanente, con el fin de facilitar la detección oportuna de los cambios en el comportamiento del evento.
- Socializar la información epidemiológica sobre el evento y articular con los demás actores del contexto regional para facilitar la toma de decisiones adecuadamente informada y el direccionamiento de acciones adaptadas al mismo contexto.

- Empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB)

Garantizar el acceso, la continuidad, calidad, y oportunidad de la población afiliada en relación con la salud mental, a través de su red prestadora de servicios de salud.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). World Suicide Prevention Day 2026. [cited 2026 sep 8] Disponible en <https://www.who.int/campaigns/world-suicide-prevention-day/2026>
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. [Internet]; Washington, D.C.: OPS, 2014. [Citado 2026 sep 8]. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. [Internet] [citado 2026 sep 8] Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
4. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023. Por el cual se modifican los artículos 1, 2, y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico del "Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031" [Internet]. [Citado 2026 sep 8]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%202023.pdf
5. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública del intento de suicidio [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 2026 sep 8]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20INFORME%20DE%20EVENTO%202025.pdf>



Comportamiento de las intoxicaciones agudas por sustancias químicas en Colombia a periodo epidemiológico VIII de 2026

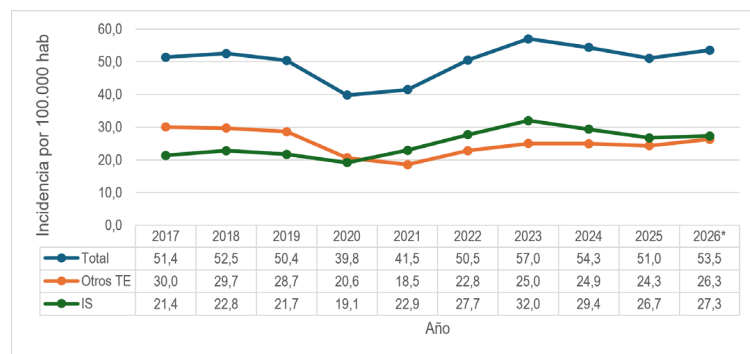
Alejandra del Pilar Díaz Gómez, adiaz@ins.gov.co

La vigilancia de las intoxicaciones agudas por sustancias químicas comprende eventos de salud derivados de exposiciones agudas a agentes químicos, tanto intencionales como accidentales u ocupacionales, entre otras. Esta vigilancia constituye un eje esencial de la salud pública, ya que permite la detección temprana de brotes y alertas epidemiológicas, la coordinación de respuestas oportunas y la prevención de futuros incidentes. En Colombia, estos casos se notifican al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) mediante los códigos de evento 365, intoxicaciones agudas por sustancias químicas, y 356, intento de suicidio (mediante intoxicación).

Con corte al periodo epidemiológico VIII de 2026 se notificaron 28 586 casos de intoxicaciones agudas por sustancias químicas, provenientes de los dos eventos de interés en salud pública; de estos, 14 563 casos correspondieron a intencionalidad suicida (vivos y muertos) y 14 023 casos a otros tipos de exposición, lo que representa una incidencia total de 53,5 casos por cada 100 000 habitantes.

Entre 2017 y 2026, con corte al periodo epidemiológico VIII de cada año, la incidencia de intoxicaciones agudas por sustancias químicas presentó variaciones, con una disminución marcada en 2020. A partir de 2021 se observó un incremento hasta alcanzar en 2023 la incidencia más alta del periodo analizado (57,0 casos por 100 000 habitantes). Desde este pico, la incidencia descendió de manera consecutiva en 2024 y 2025, para aumentar nuevamente en 2026 a 53,5 casos por 100 000 habitantes. Este último incremento se observó en ambos tipos de exposición, aunque fue mayor en las exposiciones distintas a la intencionalidad suicida (figura 4).

Figura 4. Incidencia* de las intoxicaciones por sustancias químicas a PE VIII 2017 a 2026(p), Colombia

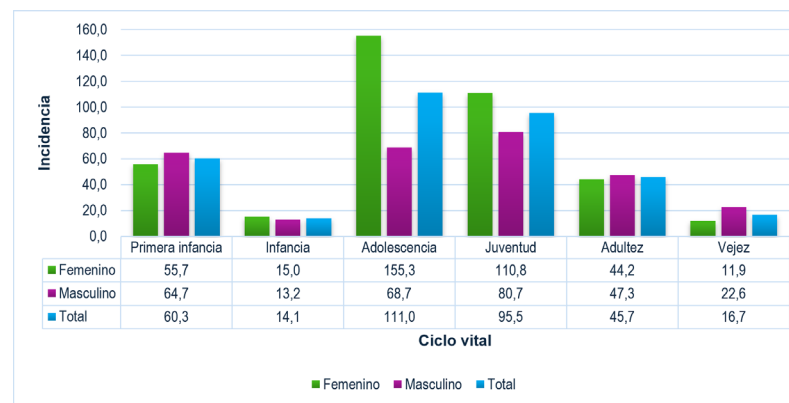


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 - 2026 PE VIII (datos preliminares).
Proyecciones poblacionales DANE 2018 - 2050 (Hasta 2019) - proyecciones poblacionales post COVID 19
DANE 2020 - 2050

*Incidencia por 100.000 habitantes
TE: otros tipos de exposición, IS: intencionalidad suicida

En 2026, a periodo epidemiológico VIII, la mayor incidencia de intoxicaciones agudas por sustancias químicas se presentó en mujeres con 57,6 casos por cada 100 000 habitantes, cifra superior a la registrada a periodo epidemiológico VIII de 2025 (55,2 casos por cada 100 000 habitantes). En el análisis por ciclo vital y sexo, la incidencia más alta en mujeres correspondió a la adolescencia con 155,3 casos por cada 100 000 habitantes, mientras que en los hombres se presentó en la juventud, con 80,7 casos por cada 100 000 habitantes (figura 5).

Figura 5. Incidencia* de las intoxicaciones agudas por sustancias químicas según ciclo vital y sexo, Colombia, a periodo epidemiológico VIII de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2026 PE VIII (datos preliminares).
Proyecciones poblacionales post COVID 19 DANE 2020 - 2050
*Incidencia por cada 100 000 habitantes.

Los medicamentos fueron las principales sustancias implicadas en las intoxicaciones químicas, en el 48,4 % de los casos y el 77,7% de las intoxicaciones con intencionalidad suicida, con una incidencia nacional de 25,9 casos por cada 100 000 habitantes. En segundo lugar, se ubicaron las sustancias psicoactivas, involucradas en el 17,9 % de los casos, asociadas principalmente a exposiciones no suicidas, con una incidencia de 9,6 casos por cada 100 000 habitantes.

A periodo epidemiológico VIII de 2026 se notificaron 138 casos de intoxicaciones agudas por sustancias químicas con condición final de muerto, siete (7) menos que en el mismo corte de 2025. El 50,7 % correspondió a suicidios consumados, seguido de intoxicaciones de tipo desconocido (12,3 %) e intencionales con psicoactivos (10,9 %). En cuanto a la letalidad, los plaguicidas fueron las sustancias más letales, seguidos de los gases. Los plaguicidas fueron los responsables del mayor número de muertes en este evento (tabla 3).

Tabla 3. Letalidad asociada a intoxicaciones agudas por sustancias químicas, por grupo de sustancia, Colombia, a periodo epidemiológico VIII 2025-2026p

Variable	Categoría			*Casos no indígenas		
Grupo de sustancia	Casos	Muertes	Letalidad	Casos	Muertes	Letalidad
Plaguicidas	4 009	62	1,55	4 024	60	1,49
Gases	789	14	1,77	847	12	1,42
Otras sustancias químicas	3 691	16	0,43	3 850	22	0,57
SPA	4 685	28	0,60	5 103	18	0,35
Solventes	765	2	0,43	808	2	0,25
Medicamentos	13 182	20	0,15	13 826	24	0,17
Metanol	52	3	5,77	91	0	0,00
Total	27 234*	145	0,53	28 586*	138	0,48

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2025 – 2026 periodo epidemiológico VIII (datos preliminares).
p: datos preliminares, SPA: sustancias psicoactivas

*El total incluye todos los casos de intoxicación, incluidos los correspondientes al grupo de metales, que no se discrimina en la tabla debido a que no se registraron muertes.

Comportamiento de las intoxicaciones agudas por medicamentos opioides, 2024- 2025 y periodo epidemiológico VIII de 2026

De 2024 al periodo epidemiológico VIII de 2026 se notificaron 2 378 casos de intoxicaciones agudas por opioides en Colombia. Cerca del 71,0 % correspondió a intencionalidad suicida, seguido de las de exposiciones accidentales y la automedicación. El tramadol fue el fármaco más reportado, con cerca de la mitad de los casos (47,3 %; 1 125 casos), seguido de las combinaciones con otros medicamentos, la dihidrocodeína y la morfina.

Respecto a las características de la población afectada, las mujeres representaron el 62,4 % de los casos, con mayor concentración en los ciclos de juventud y adultez. La mayoría de los eventos ocurrieron en la cabecera municipal (90,1 %) y en el hogar (92,3 %); asimismo, predominaron las personas afiliadas al régimen contributivo (54,7 %) y categorizadas en los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 (91,6 %). De los casos notificados, 1 513 (63,6 %) requirieron hospitalización y nueve (9) fallecieron.

Conclusiones

- La incidencia de intoxicaciones agudas por sustancias químicas aumentó de 51,3 casos por 100 000 habitantes en 2025 a 53,5 en 2026, con corte al periodo epidemiológico VIII.
- Las intoxicaciones con intencionalidad suicida representaron el 50,9 % de los casos notificados, lo que evidencia su importancia dentro del comportamiento del evento.
- Las mujeres presentaron mayor incidencia de intoxicaciones agudas por sustancias químicas que los hombres, con 57,6 casos por 100 000 habitantes; por ciclo vital, la mayor incidencia se registró en los adolescentes, con 111,0 casos por 100 000 habitantes.
- Los medicamentos continúan siendo el principal grupo de sustancias implicadas en las intoxicaciones, con 13 826 casos y una incidencia de 25,9 casos por 100 000 habitantes; los plaguicidas registraron el mayor número de muertes (60) y la mayor letalidad (1,49 %).
- Entre 2024 y el periodo epidemiológico VIII de 2026 se notificaron 2 378 intoxicaciones agudas por opioides, de las cuales el 70,9 % (1 686 casos) correspondió a intencionalidad suicida. lo que evidencia el uso persistente de estos medicamentos en conductas autolesivas.
- El tramadol fue el principal opioide implicado en las intoxicaciones notificadas, con el 47,3 % (1 125 casos), seguido de las combinaciones de tramadol con otros medicamentos y de la dihidrocodeína, lo que confirma su predominio entre los opioides involucrados.
- Las mujeres concentraron el 62,4 % de las intoxicaciones por opioides y la mayor proporción de casos se presentó en los ciclos de juventud y adultez; el 92,3 % de las intoxicaciones ocurrió en el hogar.

Recomendaciones

- A las secretarías de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), fortalecer las estrategias de prevención del comportamiento suicida, especialmente en adolescentes, jóvenes y mujeres.
- A Las secretarías de salud, fortalecer los análisis locales de riesgo, la vigilancia epidemiológica, la asistencia técnica y la educación comunitaria para el manejo seguro de sustancias químicas, con énfasis en los territorios con mayor incidencia.

- A las secretarías de salud, promover el uso, almacenamiento y disposición segura de medicamentos y plaguicidas.
- A las secretarías de salud, implementar estrategias de prevención de las intoxicaciones en el ámbito domiciliario, articuladas con las acciones de salud mental.
- A las EAPB y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS.) fortalecer las medidas de control, dispensación segura y seguimiento al uso de opioides, particularmente del tramadol, mediante acciones de farmacovigilancia y educación a pacientes y cuidadores sobre los riesgos de sobredosis e intoxicación.



SITUACIÓN NACIONAL

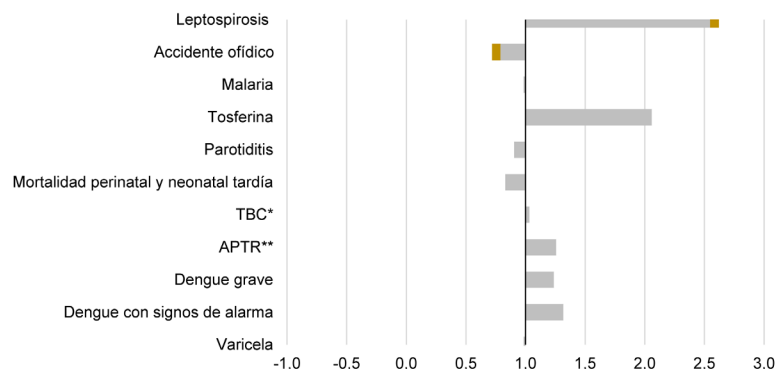
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 35 de 2026, el evento de leptospirosis se encontró por encima de lo esperado y el evento de accidente ofídico se encontró por debajo de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 6).

Figura 6. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 35 del 2026



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

*TBC: tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró dentro del comportamiento histórico de la notificación (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 35 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	130 014	129 188	0,27	0,79

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

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

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

En la semana epidemiológica 35 del 2026, los eventos de mortalidad por dengue y zika se encontraron 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 5).

Tabla 5. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 35 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	8	5	0,05
Zika	5	2	0,05
Leishmaniasis cutánea	7	81	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0,24
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,25
Lepra	6	7	0,15
Chikunguña	2	2	0,27

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.

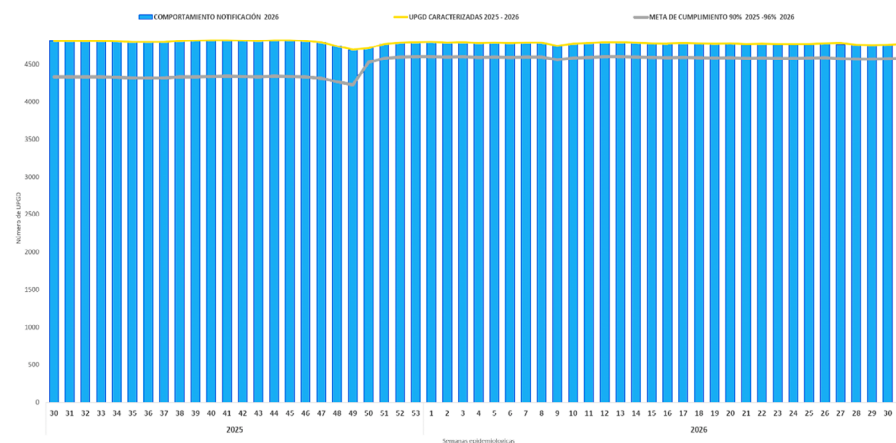
Para esta semana, la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 35 del año 2025. Para esta semana, el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 123 de 1 123 UNM), manteniendo el mismo comportamiento con respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 35 de 2025. El país cumplió con la meta establecida para este nivel de información que es como mínimo del 98,0 %.

El cumplimiento de las UPGD esta SE fue del 100,0 % (4 767 / 4 767); observando el mismo comportamiento con respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 35 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

A continuación, se presenta el comportamiento de la notificación por semana epidemiológica para el año 2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 576 UPGD en la semana analizada (figura 7).

Figura 7. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 35 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 35 del 2026, se han notificado 437 muertes probables en menores de cinco años, ocho (8) casos de infección respiratoria aguda (IRA), cuatro (4) de desnutrición aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 424 casos notificados de residentes en Colombia, 263 fueron por IRA, 88 por desnutrición (DNT) aguda y 73 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 182 fueron confirmados, 81 descartados y 161 se encuentran en estudio (tabla 6).

Tabla 6. 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 35 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 35 2026			Casos en estudio a SE 35 2026			Tasa a SE 35 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	47	98	37	32	105	24	1,29	2,69	1,02
Amazonas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	4	10	1	4	10	3	0,96	2,39	0,24
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	5	1	0	0	0	1,24	6,18	1,24
Bogotá, D.C.	0	11	0	0	13	1	0,00	2,59	0,00
Bolívar	2	4	0	1	7	1	1,83	3,66	0,00
Boyacá	0	1	0	0	2	0	0,00	1,20	0,00
Buenaventura	0	0	0	2	2	3	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	1	0	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	4	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	0	1	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	1	1	2	2	1	0,00	0,82	0,82
Cesar	5	6	2	3	4	1	3,73	4,47	1,49
Chocó	13	13	8	6	17	1	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	5	12	5	11,65	6,27	6,27
Magdalena	0	2	3	3	3	1	0,00	2,23	3,34
Meta	2	5	0	0	2	1	2,35	5,87	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	8	0	0,00	3,39	3,39
Santa Marta	1	0	1	0	0	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	2	1	0	0	0	0,00	1,33	0,66
Sucre	0	1	1	0	0	0	0,00	1,15	1,15
Tolima	0	2	1	1	1	1	0,00	2,19	1,09
Valle del Cauca	0	1	0	1	3	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	2	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 35 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 35 del 2026 se han notificado 263 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 54 confirmadas por laboratorio, 44 confirmadas por clínica, 60 descartadas, y 105 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,69 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 35 fueron 194, para una tasa de mortalidad de 5,56 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 35 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Bolívar, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, La Guajira, Risaralda y Sucre y, a nivel municipal, en Dabeiba, Valledupar, Riosucio y Pereira. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 35 de 2026 son Rhinovirus, *Bordetella pertussis*, y enterovirus entre otros (tabla 7).

Tabla 7. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 35, 2025-2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Rhinovirus	12	2	6	1	0	21	10	4	1	2	2	19
Bordetella pertussis	10	0	0	0	0	10	14	1	0	0	0	15
Enterovirus	11	1	3	1	0	16	5	3	0	2	2	12
Streptococcus pneumoniae	5	2	2	1	0	10	4	2	1	1	2	10
Adenovirus	7	0	2	1	1	11	1	3	1	3	1	9
Haemophilus influenzae B	7	4	0	1	0	12	3	2	0	1	1	7
Staphylococcus aureus	8	1	1	0	0	10	5	1	1	0	0	7
Virus Sincitial Respiratorio	11	2	2	0	0	15	7	0	0	0	0	7
Metapneumovirus	2	0	0	0	0	2	2	1	2	0	0	5
Moraxella catarrhalis	4	3	1	0	0	8	2	1	0	0	1	4
Pseudomona aeruginosa	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	6	0	2	1	0	9	0	0	0	0	1	1
Klebsiella pneumoniae	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
Escherichia coli	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
Mycoplasma pneumoniae	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
Streptococcus pyogenes	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	95	20	20	7	1	143	58	18	7	10	11	104

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 35 de 2026 se han notificado 88 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 47 confirmadas, nueve (9) descartadas y 32 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,29 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 35 fue de 122, para una tasa de mortalidad de 3,31 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 35 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, Huila, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander y Risaralda, y a nivel municipal en Quibdó, Bagadó, Medio Baudó,

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

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 35 de 2026 se han notificado 73 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 35 confirmadas por clínica, dos (2) confirmadas por laboratorio, 12 descartadas y 24 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,02 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 35 fue de 52 para una tasa de mortalidad de 1,52 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 35 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.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

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

En la semana epidemiológica 35 de 2026 se notificaron al Sivigila seis (6) casos: dos (2) muertes maternas tempranas, tres (3) muertes maternas tardías y una (1) muerte materna coincidente. El país acumula 98 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 93 residen en territorio colombiano y cinco (5) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 8).

Tabla 8. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 35, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	176	101	53	330
2024	138	95	33	266
2025	124	105	37	266
2026p	93	77	36	206

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 27 entidades territoriales, con mayor número de casos en Antioquia, Bogotá, D.C., La Guajira, Chocó y Cundinamarca. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Córdoba, La Guajira, Norte de Santander y Santander; sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 9).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Carmen del Darién (Chocó) y Villapinzón (Cundinamarca); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 10).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 35 de 2026, el 57,0 % corresponde a causas directas y el 31,2 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 20,4 % (tabla 11).

Tabla 9. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 35 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 35	Acumulado de casos a SE 35	
		2025	2026
Colombia	154	124	93
Antioquia	14	13	12
Bogotá, D.C.	13	11	11
La Guajira	13	10	8
Chocó	9	5	6
Cundinamarca	7	5	6
Magdalena	6	4	5
Cartagena de Indias	4	1	4
Cauca	6	1	4
Cesar	8	11	4
Nariño	8	6	4
Caquetá	2	1	3
Risaralda	3	3	3
Sucre	3	1	3
Tolima	4	3	3
Boyacá	3	2	2
Casanare	1	3	2
Huila	3	2	2
Quindío	1	1	2
Bolívar	6	5	1
Buenaventura	2	1	1
Santiago de Cali	4	4	1
Córdoba	6	4	1
Meta	3	1	1
Putumayo	1	0	1
Santa Marta	3	2	1
Valle del Cauca	2	2	1
Vichada	2	1	1
Arauca	1	0	0
Atlántico	6	5	0
Barranquilla	4	4	0
Caldas	1	0	0
Guainía	1	2	0
Norte de Santander	6	7	0
Santander	3	3	0

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

Tabla 10. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 35 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 35	Valor observado SE 35
Colombia	154	93
Carmen del Darién (Chocó)	0	1*
Villapinzón (Cundinamarca)	0	1*

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2025, datos preliminares 2026. SE: Semana Epidemiológica.

*Municipios que en el promedio histórico 2022 - 2025 no presentaron muertes maternas tempranas

Tabla 11. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 35 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 35	Número de casos y proporción a SE 35 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	131	138	100	124	100	93	100
DIRECTA	83	89	64,5	77	62,1	53	57,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	28	28	20,3	27	21,8	19	20,4
Hemorragia obstétrica	25	28	20,3	22	17,7	11	11,8
Evento tromboembólico como causa básica	7	7	5,1	7	5,6	8	8,6
Sepsis obstétrica	7	7	5,1	7	5,6	5	5,4
Embarazo ectópico	7	7	5,1	6	4,8	3	3,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	5	4	2,9	6	4,8	3	3,2
Embolia de líquido amniótico	2	4	2,9	0	0,0	1	1,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	2,2	2	1,6	1	1,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Otras causas directas	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	46	47	34,1	45	36,3	29	31,2
Otras causas indirectas	17	18	13,0	16	12,9	17	18,3
Otras causas indirectas: neumonía	8	5	3,6	11	8,9	5	5,4
Sepsis no obstétrica	8	7	5,1	8	6,5	3	3,2
Otras causas indirectas: cáncer	7	8	5,8	5	4,0	3	3,2
Otras causas indirectas: dengue	2	4	2,9	0	0,0	1	1,1
Otras causas indirectas: malaria	2	0	0,0	3	2,4	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	3	2,2	2	1,6	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por COVID 19	1	1	0,7	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	0,8	0	0,0
En estudio	2	2	1,4	1	0,8	11	11,8

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470ccc_f_2#:~:text=ICD%2DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%2DPM

A semana epidemiológica 35 del 2026 se han notificado 4 155 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 4 113 corresponden a residentes en Colombia y 42 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia, Bogotá, D.C., 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 35 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Putumayo y Guaviare (tabla 12).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento y por seis semanas epidemiológicas consecutivas o más, en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Dosquebradas (Risaralda), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), La Estrella (Antioquia), Alto Baudó (Chocó), Caldas (Antioquia), Puerto López (Meta), Guamo (Tolima), El Litoral del San Juan (Chocó), Isnos (Huila), Roberto Payán (Nariño), Peñol (Antioquia), Giraldo (Antioquia), Cicuco (Bolívar), Paipa (Boyacá), Bahía Solano (Chocó), Tolú Viejo (Sucre), Tesalia (Huila), La Tola (Nariño), Paz de Río (Boyacá), Marulanda (Caldas), Jerusalén (Cundinamarca), Salento (Quindío) y Betulia (Santander)) (tabla 13).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,6 %, seguido de neonatales tempranas con 27,8 %, neonatales tardías con 18,2 %, y las fetales intraparto con 11,4 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,1 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,8 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 14,4 % (tabla 14). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 35 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.

19

Tabla 12. Número de casos y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 35 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 35	Acumulado de casos a SE 35	
		2025	2026
Colombia	5 036	3 779	4 113
Antioquia	568	447	515
Bogotá, D.C.	531	435	512
Cundinamarca	275	246	247
La Guajira	268	179	191
Córdoba	257	161	178
Santiago de Cali	200	176	176
Cesar	183	145	156
Bolívar	150	109	140
Barranquilla	184	116	132
Cauca	164	109	131
Valle del Cauca	139	113	119
Norte de Santander	152	107	115
Santander	154	107	111
Nariño	136	137	109
Huila	122	84	108
Cartagena de Indias	158	103	105
Chocó	120	70	101
Meta	121	110	96
Sucre	125	74	95
Atlántico	152	88	84
Magdalena	127	99	84
Boyacá	95	76	75
Risaralda	71	51	73
Tolima	103	68	72
Santa Marta	62	44	59
Caldas	66	58	54
Quindío	40	31	40
Buenaventura	54	48	38
Arauca	43	20	37
Caquetá	44	29	34
Casanare	51	43	32
Vichada	26	23	28
Putumayo	41	25	23
Guainía	13	10	15
Amazonas	13	13	11
Guaviare	11	9	6
Vaupés	10	7	6
San Andrés y Providencia	9	9	5

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

Tabla 13. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 35 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 35 2021 - 2025	Valor observado a SE 35 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	5 036	4 113	-
Manaure (La Guajira)	24	33	18
Cumaribo (Vichada)	16	24	17
Dosquebradas (Risaralda)	15	21	26
Tunja (Boyacá)	11	20	32
Granada (Meta)	8	15	33
La Estrella (Antioquia)	4	10	20
Alto Baudó (Chocó)	4	10	22
Caldas (Antioquia)	4	8	15
Puerto López (Meta)	2	7	9
Guamo (Tolima)	2	7	11
El Litoral del San Juan (Chocó)	2	6	6
Isnos (Huila)	3	6	15
Roberto Payán (Nariño)	2	6	13
Peñol (Antioquia)	2	5	18
Giraldo (Antioquia)	1	5	11
Cicuco (Bolívar)	2	5	11
Paipa (Boyacá)	2	5	18
Bahía Solano (Chocó)	1	5	23
Tolú Viejo (Sucre)	1	5	15
Tesalia (Huila)	0	3	19
La Tola (Nariño)	1	3	13
Paz de Río (Boyacá)	0	2	10
Marulanda (Caldas)	0	2	20
Jerusalén (Cundinamarca)	0	2	12
Salento (Quindío)	0	2	23
Betulia (Santander)	0	2	10

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

Tabla 14. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 35, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 34, 2024 -2026					
	2024 a SE 35	(%)	2025 a SE 35	(%)	2026 a SE 35	(%)
Colombia	4 082	100,0	3 779	100,0	4 113	100,0
Asfixia y causas relacionadas	1 074	26,3	1 047	27,7	1 033	25,1
Prematuridad-inmadurez	672	16,5	656	17,4	732	17,8
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	614	15,0	582	15,4	591	14,4
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	458	11,2	401	10,6	381	9,3
Infecciones	362	8,9	331	8,8	328	8,0
Malformación congénita	369	9,0	317	8,4	322	7,8
Otras causas de muerte	272	6,7	234	6,2	256	6,2
Sin información	0	0,0	0	0,0	193	4,7
Causas no específicas	103	2,5	64	1,7	149	3,6
Trastornos cardiovasculares	118	2,9	107	2,8	85	2,1
Convulsiones y trastornos neurológicos	19	0,5	19	0,5	26	0,6
Lesión de causa externa	21	0,5	21	0,6	17	0,4

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



**EVENTOS
TRAZADORES**

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 35 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 32 a 35 de 2026), a nivel nacional, se observó un aumento porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en UCI/UCIM y una disminución en hospitalización en sala general frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 28 a 31 de 2026), sin superar el umbral definido para variaciones relevantes ($\pm 30\%$) (tabla 15).

Tabla 15. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 28 a 31 de 2026 y 32 a 35 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 28 a 31 de 2026	SE 32 a 35 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	428 948	445 019	3,75%	
Hospitalización en sala general	19 508	19 489	-0,10%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 306	2 424	5,12%	

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 35 del 2026 se notificaron 116 301 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en La Guajira, mientras que Caldas, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Guainía, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San Andrés y Valle del Cauca presentaron disminución. Las 23 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 tres municipios (tabla 16).

Tabla 16. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios con más de 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 35 del 2026

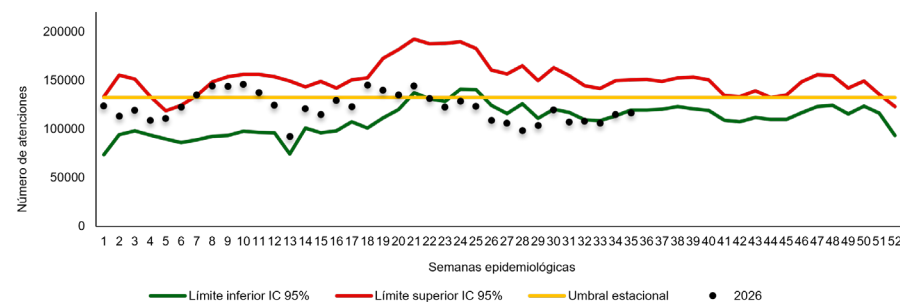
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	44 713	55 877	3 063	8 276
Atlántico	Soledad	63 381	57 559	7 761	7 041
Cundinamarca	Soacha	57 916	44 904	5 519	5 068
La Guajira	Uribia	33 954	36 730	2 923	4 738
Antioquia	Itagüí	59 726	50 482	5 583	4 234
Cundinamarca	Chía	40 915	31 883	4 507	3 914
Antioquia	Bello	43 427	45 390	4 868	3 221
Antioquia	Rionegro	25 608	33 104	2 371	2 560
Cundinamarca	Zipaquirá	16 506	15 025	1 970	1 965
Magdalena	Ciénaga	16 174	13 660	1 697	1 709
Santander	Floridablanca	19 595	17 943	1 937	1 667
Antioquia	Apartadó	12 629	13 855	1 313	1 571
Córdoba	Cereté	13 106	14 311	1 169	1 400
Boyacá	Sogamoso	14 301	11 724	1 662	1 351
Santander	Barrancabermeja	22 482	18 878	1 484	1 328
Boyacá	Duitama	15 455	12 347	2 014	1 314
Antioquia	Envigado	18 782	17 862	1 912	1 290
Córdoba	Lorica	11 015	11 556	1 287	1 225
Bolívar	Magangué	15 872	12 927	1 546	1 190
Cundinamarca	Girardot	15 173	10 486	1 469	1 185
Casanare	Yopal	10 903	8 922	1 373	1 044
Valle del Cauca	Palмира	19 321	15 064	1 929	1 044
Risaralda	Dosquebradas	20 836	16 675	1 987	1 004
Antioquia	Turbo	10 694	10 035	1 147	985
Cundinamarca	Funza	11 178	10 477	874	947
Cundinamarca	Madrid	10 101	11 161	1 276	921
Huila	Pitalito	9 575	6 573	1 099	919
Valle del Cauca	Buenaventura	4 896	7 117	716	898
Valle del Cauca	Tuluá	9 350	8 278	875	893
Cundinamarca	Facatativá	12 697	9 263	1 675	883
Norte de Santander	Ocaña	12 501	9 491	1 026	881
Córdoba	Sahagún	17 531	6 446	2 155	782
Cesar	Aguachica	8 478	7 764	887	764
Valle del Cauca	Cartago	12 295	8 744	1 202	671
Santander	Piedecuesta	7 423	6 624	559	599
Cauca	Santander De Quilichao	8 152	6 005	972	548
Atlántico	Malambo	5 007	4 917	540	515
Valle del Cauca	Yumbo	10 371	8 089	985	479
Santander	Girón	6 203	5 372	443	479
Cundinamarca	Mosquera	5 446	4 240	454	467
Cauca	Guapi	3 372	2 561	236	311
Norte de Santander	Villa Del Rosario	4 724	4 120	471	245
Nariño	La Florida	515	445	38	33

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (32 a 35 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 25,2 % (112 521) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,2 % (89 960). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en los niños de 1 año con el 11,2 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 10,7 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11 con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguida de un nuevo incremento entre las semanas epidemiológicas 18 y 21, manteniéndose dentro de los límites esperados. Desde la semana epidemiológica 22 se observó una tendencia descendente en las atenciones, con valores que se mantuvieron cercanos al límite inferior hasta la semana 35, alternando entre semanas por debajo y por encima de dicho límite (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 35 del 2026



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

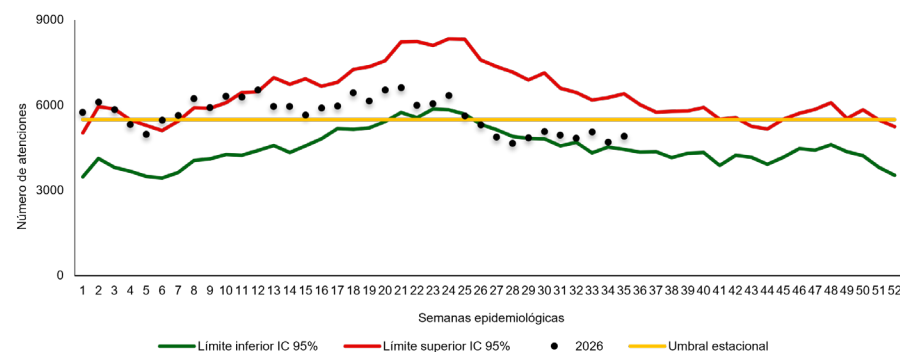
Hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 35 del 2026 se notificaron 4 907 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Casanare, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Quindío, Risaralda, San Andrés, Sucre y Valle del Cauca; así mismo, se observó aumento en Amazonas, Arauca, Barranquilla, Cartagena de Indias, Guaviare, Nariño y Putumayo. En las 18 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (32 a 35 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 095) representaron el 26,1 %, seguidos de los menores de 1 año con el 14,7 % (2 866). 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 25,0 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 21,0 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones presentaron una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior entre las semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2026. Entre las semanas epidemiológicas 13 a 24, se observó una disminución ubicándose por encima del umbral estacional. Posteriormente, se observó una disminución sostenida de las hospitalizaciones, situándose por debajo dicho umbral entre las semanas 25 a 35 (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 35 de 2026

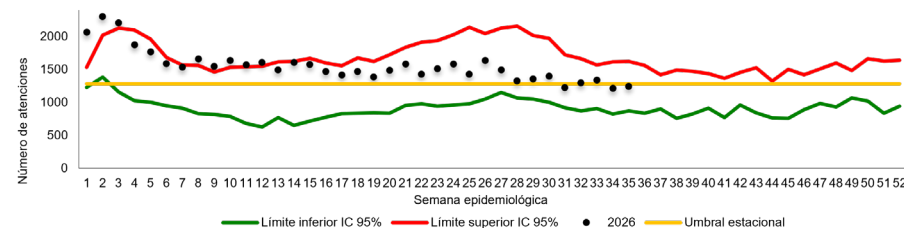


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 35 del 2026, se notificaron 1 244 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 07 a 12 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, presentaron un descenso entre las semanas epidemiológicas 13 y 35 de 2026, ubicándose dentro de lo esperado (figura 10).

Figura 10. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 35 de 2026



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

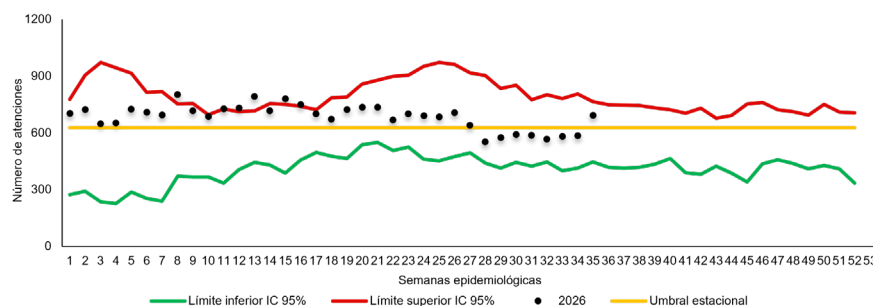
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 35 del 2026 se notificaron 693 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Guaviare, Putumayo y San Andrés. Se registró disminución en Antioquia, Bolívar, Buenaventura, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Cundinamarca, 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 (32 a 35 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 36,4 % (883), seguido de los menores de 1 año con el 22,2 % (539) 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 20,3 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 17,1 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 27 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas epidemiológicas 08, 11 a 13, 15 y 16, con un descenso progresivo entre las semanas 28 a 34, seguido de un aumento en la semana epidemiológica 35 (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 35 de 2026

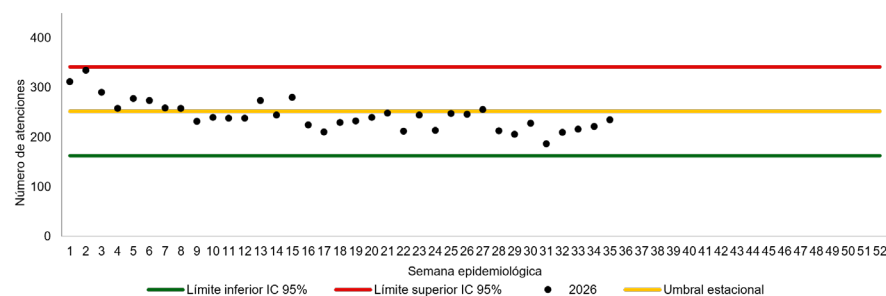


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 35 del 2026, se notificaron 235 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control para este grupo de edad, las hospitalizaciones se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, 13 y 15 de 2026; no obstante, en las semanas epidemiológicas 09 a 12, 14 y 16 a 35 se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 35 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 hospitalización en sala general y positiva en consulta externa, urgencias, hospitalización en UCI/UCIM con 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 intensificaría y se extendería 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.

Adicionalmente, en el contexto de la emergencia generada por el terremoto ocurrido recientemente, las condiciones de hacinamiento temporal en albergues, la interrupción de servicios básicos, los desplazamientos poblacionales y las dificultades en el acceso oportuno a los servicios de salud podrían favorecer la transmisión de agentes respiratorios y aumentar la susceptibilidad de la población afectada a presentar IRA. Este riesgo puede ser mayor en grupos vulnerables como niños, personas mayores, gestantes y personas con enfermedades crónicas.

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

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

- Fortalecer las acciones de prevención y control de infecciones respiratorias en albergues temporales, centros de evacuación y otros espacios de alojamiento colectivo, promoviendo la ventilación adecuada de los espacios, la identificación temprana y separación de personas con síntomas respiratorios, la disponibilidad

de puntos para higiene de manos y la adopción de medidas de protección individual según el nivel de riesgo.

- Garantizar el acceso oportuno a servicios de salud y medicamentos esenciales para la atención de enfermedades respiratorias, especialmente en las poblaciones afectadas por la emergencia.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria en las zonas afectadas por el terremoto, con el fin de identificar oportunamente incrementos inusuales de síntomas respiratorios, conglomerados o brotes, y facilitar la implementación de medidas de control de manera temprana.
- Priorizar la protección de grupos vulnerables en los albergues y comunidades afectadas, incluyendo menores de cinco años, personas mayores, gestantes, personas con enfermedades crónicas, inmunosuprimidos y personas con discapacidad, garantizando condiciones adecuadas de alojamiento, acceso a agua potable y atención en salud.
- Coordinar acciones intersectoriales con los organismos de gestión del riesgo, autoridades locales y entidades del sector salud para reducir las condiciones que favorecen la transmisión de infecciones respiratorias, incluyendo el control del hacinamiento, la mejora de las condiciones de saneamiento básico y la adecuada gestión de espacios temporales de alojamiento.
- Mantener la disponibilidad de insumos para la prevención y control de infecciones respiratorias, tales como tapabocas, soluciones para higiene de manos y elementos de limpieza y desinfección, especialmente en las áreas con mayor afectación por la emergencia.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se mantiene en descenso. La influenza B predomina en varios países, particularmente en el Cono Sur, mientras que en Centroamérica y la región Andina la influenza A(H3N2) continúa predominando. Respecto a virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en las subregiones Centroamérica y Brasil y cono Sur. Paraguay y Uruguay presentan positivities particularmente elevadas para este patógeno. Con relación a SARS-CoV-2 se mantiene estable y en niveles bajos en la mayoría de las subregiones, excepto en algunos países del Caribe y Centroamérica, particularmente en Belice, Barbados, Islas Caimán, México y Nicaragua. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 35, 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 presentaron significancia estadística para el periodo analizado fueron al incremento rinovirus y coronavirus. Al decremento, se observaron VSR e influenza A, 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 17). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

Tabla 17. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 28 a 35 de 2026

Agente viral identificado	SE 28 a 31 de 2026			SE 32 a 35 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	52,7	59,4	35,9	49,4	54,2	42,2	
Rinovirus	7,2	6,7	-	17,8	17,5	15,8	
Virus sincitial respiratorio	29,2	40,9	14,3	23,3	29,9	10,5	
Enterovirus	5,5	3,6	10,7	7,4	7,2	10,5	
Adenovirus	7,9	9,3	3,6	8,0	10,3	10,5	
Influenza B	5,2	1,6	7,1	6,7	3,1	-	
Influenza A	19,2	14,5	25,0	11,7	11,3	15,8	
Parainfluenza	10,3	10,9	10,7	8,6	8,2	10,5	
Metapneumovirus	3,4	4,1	3,6	2,5	3,1	-	
A(H1N1)pdm09	1,4	0,5	3,6	0,6	1,0	-	
SARS-CoV-2	3,4	2,6	10,7	-	-	-	
A(H3N2)	5,2	3,6	7,1	6,7	5,2	10,5	
Coronavirus	2,1	1,6	3,6	6,7	3,1	15,8	

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

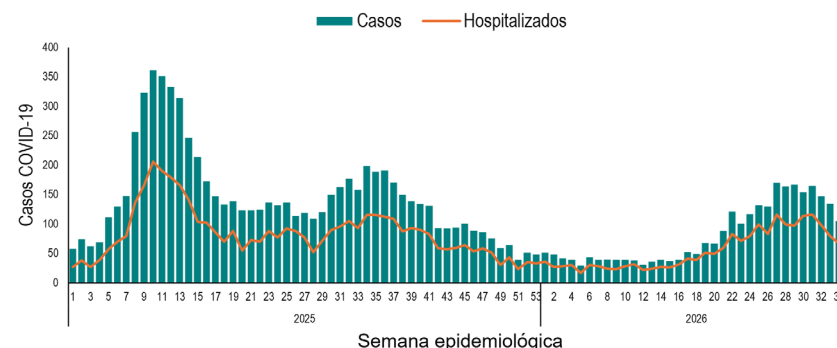
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 35 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 35), con corte al 05 de septiembre y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 2 891 casos de COVID-19, de los cuales 2 887 son procedentes de Colombia y cuatro (4) casos del exterior. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (32 a 35) se registraron 486 casos, de los cuales 483 son de procedencia Colombia, lo que representa una disminución del 25,7 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 28 a 31), en el que se reportaron 654 casos. Respecto a la hospitalización, se notificaron 314 casos hospitalizados, una disminución del 26,3 % frente a los 426 registrados en el periodo anterior. En el mismo periodo epidemiológico de 2025 (semanas epidemiológicas 32 a 35), se notificaron 727 casos, por lo que en 2026 se observa una disminución del 33,1 % respecto al año anterior.

Figura 13. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 35 de 2026



Fuente: Sivigila, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 35 de 2026

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 32 a 35 de 2026) se registró una incidencia de 0,9 casos por cada 100 000 habitantes (483 casos confirmados de procedencia Colombia), con afectación en 29 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 102 municipios del país.

En comparación con el periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 28 a 31 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en La Guajira y Guaviare y, a nivel municipal, en Medellín (Antioquia), Montería (Córdoba), Neiva (Huila), Riohacha y Dibulla (La Guajira) y San José del Guaviare (Guaviare).

Entre el periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 28 a 31 de 2026) y el periodo actual (semanas epidemiológicas 32 a 35 de 2026), se observó una disminución del 25,7 % en la notificación total de casos, pasando de 654 a 486 casos. No obstante, se registró un aumento en el grupo de 90 a 99 años (71,4 %), al pasar de 7 a 12 casos.

En contraste, la mayoría de los grupos de edad mostraron reducciones en la notificación de casos. Las disminuciones más importantes se observaron en el grupo de 2 a 4 años (-38,5 %), seguido de 80 a 89 años (-35,7 %), 60 a 69 años (-34,4 %), 1 año (-32,1 %), 20 a 29 años (-32,0 %), 40 a 49 años (-31,8 %), 70 a 79 años (-31,6 %), menores de un año (-27,2 %), 50 a 59 años (-25,0 %), 30 a 39 años (-13,2 %), 10 a 19 años (-7,9 %) y 5 a 9 años (-2,6 %). Por su parte, el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos periodos analizados, por lo que no fue posible calcular la variación porcentual (tabla 18).

Tabla 18. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (28 a 35) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 28 a 31 2026	SE 32 a 35 2026		
Menor de un año	213	155	-27,2	
1 año	78	53	-32,1	
2 a 4 años	65	40	-38,5	
5 a 9 años	38	37	-2,6	
10 a 19 años	38	35	-7,9	
20 a 29 años	25	17	-32,0	
30 a 39 años	38	33	-13,2	
40 a 49 años	22	15	-31,8	
50 a 59 años	32	24	-25,0	
60 a 69 años	32	21	-34,4	
70 a 79 años	38	26	-31,6	
80 a 89 años	28	18	-35,7	
90 a 99 años	7	12	71,4	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	654	486	-25,7	

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 28 a 35 de 2026

PE: periodo epidemiológico SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026, se han notificado en Colombia 25 fallecimientos asociados a COVID-19: nueve (9) en Bogotá, D. C.; cinco (5) en el departamento de Arauca, de los cuales cuatro (4) ocurrieron en el municipio de Arauca y uno en Saravena; y uno en cada uno de los siguientes municipios: Peñol (Antioquia), Rionegro (Antioquia), Montería (Córdoba), Pasto (Nariño), Montenegro (Quindío), Astrea (Cesar), Riohacha (La Guajira), Pereira (Risaralda), Pivijay (Magdalena), Santiago de Cali (Valle del Cauca) y Pore (Casanare).

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 35 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/buscadoreventos/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 35 del 2026 se notificaron 2 668 casos de dengue: 2 107 casos de esta semana y 561 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 77 071 casos, 46 536 (60,4 %) sin signos de alarma, 29 757 (38,6 %) con signos de alarma y 778 (1,0 %) de dengue grave.

El 67,5 % (52 047) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Bolívar, Cesar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, Casanare, La Guajira, Antioquia y Cartagena de Indias (tabla 19). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Norte de Santander, Santander, Magdalena, Atlántico Casanare, Tolima y Cesar concentran el 64,0 % (6 422 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 27 a 30 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Archipiélago de San Andrés y Providencia, Amazonas, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Putumayo, Quindío, Sucre, Tolima y Vichada; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en las entidades territoriales de Caldas, Casanare, Cesar, La Guajira, Risaralda y Santa Marta, mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 19).

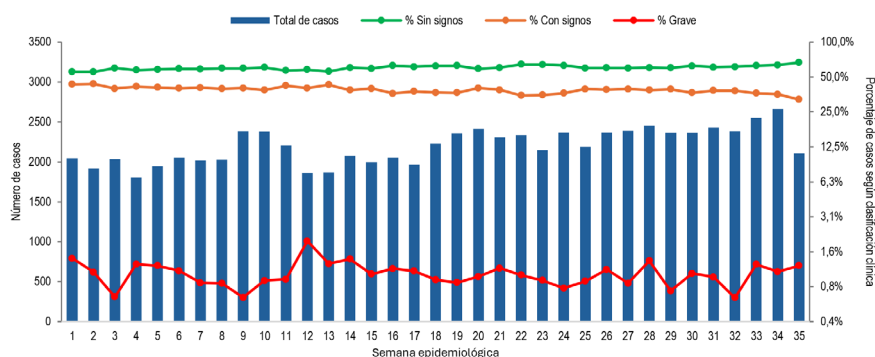
Tabla 19. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 35 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 27 - 30 2026)	Observado (SE 31-34 2026)
Meta	12 435	29,8	0,9	1589	1368
Bolívar	6 830	40,7	1,4	1032	1058
Cesar	5 953	56,4	0,8	651	409
Santander	5 272	38,8	0,7	644	818
Norte de Santander	4 989	37,6	1,4	640	823
Magdalena	4 540	49,8	0,7	549	531
Casanare	3 283	30,0	0,6	726	493
La Guajira	3 061	53,6	1,7	135	65
Antioquia	2 843	36,7	1,0	370	396
Cartagena de Indias	2 841	19,6	1,1	182	169
Atlántico	2 688	43,7	0,7	429	512
Córdoba	2 525	43,4	0,5	238	252
Tolima	2 360	32,5	1,3	282	410
Barranquilla	2 337	45,5	0,9	284	275
Arauca	2 137	31,4	1,3	310	387
Santa Marta	2 016	44,8	0,3	73	50
Sucre	1 504	47,4	0,9	198	343
Valle del Cauca	1 382	36,1	0,9	212	267
Cundinamarca	1 252	37,9	1,0	165	241
Santiago de Cali	1 000	36,3	0,4	114	119
Huila	939	38,1	4,7	102	161
Chocó	801	21,3	0,7	120	104
Guaviare	710	19,0	0,3	85	266
Amazonas	641	14,4	0,2	66	100
Nariño	564	39,5	0,9	92	86
Caquetá	397	51,6	2,5	19	14
Putumayo	330	27,0	2,1	18	62
Quindío	316	26,3	1,9	45	73
Boyacá	215	46,0	1,9	42	40
Cauca	161	32,9	3,1	26	31
Exterior	157	43,3	2,5	20	21
Risaralda	146	41,1	2,1	28	16
Caldas	142	40,1	0,0	31	9
Buenaventura	111	34,2	0,9	13	16
Vichada	89	29,2	0,0	10	19
Vaupés	61	9,8	0,0	25	19
Archipiélago de San Andrés	34	32,4	0,0	6	13
Guainía	9	33,3	0,0	0	2
Total	77 071	38,6	1,0	9 571	10 038

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 14); 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 31 a 34 de 2026) fueron: Caquetá, Cesar, Córdoba, Santa Marta y La Guajira.

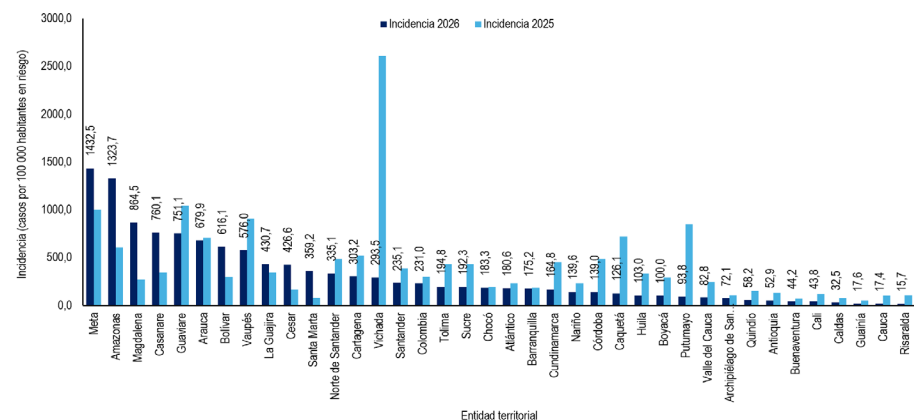
Figura 14. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 35, 2026



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

A semana epidemiológica 35 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 231,0 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 299,7 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, Casanare, Guaviare, Arauca y Bolívar presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 35 del 2026 registrando tasas superiores a 600,0 casos por 100 000 habitantes (figura 15). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 469,8 casos por 100 000 habitantes.

Figura 15. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 35 de 2025 y 2026



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

En la semana epidemiológica 35 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 4,9 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 31 a 34 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 27 a 30 de 2026) (figura 16). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 35), se observa una reducción del 23,0 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 10 035 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 18,9 % (7) está dentro de lo esperado, el 37,8 % (14) 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 16. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 35 de 2026

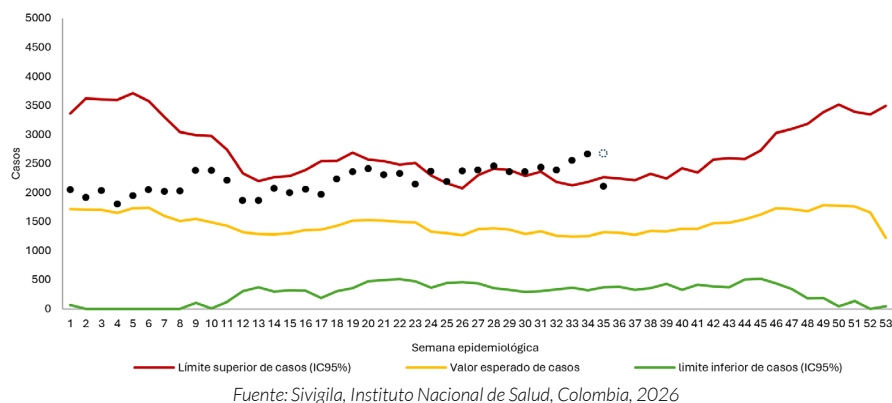


Tabla 20. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 35 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 35, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Cesar, Casanare, Meta, Guaviare, Quindío, Magdalena, Norte de Santander, Putumayo, Sucre, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vaupés.
Alerta	Antioquia, Boyacá, Cundinamarca, Cartagena de Indias, Chocó, La Guajira, Huila, Nariño, Santander, Santa Marta, Valle del Cauca, Tolima, Risaralda, Vichada
Dentro de lo esperado	Buenaventura., Cauca, Caldas, Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Guainía.

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 35 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 20,1 % (166) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 22,8 % (13/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 21).

Tabla 21. 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 35 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		(SE 27-30 2026)	(SE 31-34 2026)
Antioquia	Medellín	15,4	402	46	60
	Envigado	16,1	39	5	8
Bolívar	Magangué	391,8	563	86	123
Cesar	Aguachica	512,6	630	122	94
Córdoba	Cereté	237,2	261	42	36
Cundinamarca	Fusagasugá	22,4	37	4	10
Chocó	Quibdó	129,4	172	26	32
Meta	Villavicencio	1730,1	8 822	1 014	873
Norte de Santander	Ocaña	271,4	322	65	96
Santander	Bucaramanga	310,2	1 920	246	364
Tolima	Ibagué	159,2	866	98	183
Arauca	Arauca	308,9	310	60	51
Casanare	Yopal	392,2	708	207	189

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

A semana epidemiológica 35 del 2026, se han notificado 206 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 50 casos, se han descartado 105 casos y se encuentran en estudio 51 casos, de los cuales un caso procede del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,07 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 91 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 22).

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 35, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 35, 2026	Letalidad por dengue a SE 35, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	4	0	0,43	0,23
La Guajira	10	1	0,33	0,04
Magdalena	7	0	0,15	0,07
Atlántico	3	0	0,11	0,06
Antioquia	3	3	0,11	0,12
Santa Marta	2	0	0,10	0,23
Cundinamarca	1	4	0,08	0,06
Bolívar	5	7	0,07	0,09
Sucre	1	2	0,07	0,06
Norte de Santander	3	0	0,06	0,06
Meta	7	7	0,06	0,12
Cesar	3	1	0,05	0,04
Santander	1	1	0,02	0,10
Tolima	0	5	0,00	0,04
Casanare	0	4	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	4	0,00	0,00
Arauca	0	2	0,00	0,09
Barranquilla	0	2	0,00	0,16
Córdoba	0	2	0,00	0,08
Putumayo	0	2	0,00	0,17
Boyacá	0	1	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0,00	0,07
Cauca	0	1	0,00	0,31
Colombia	50	50	0,07	0,09

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

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

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 35 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

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

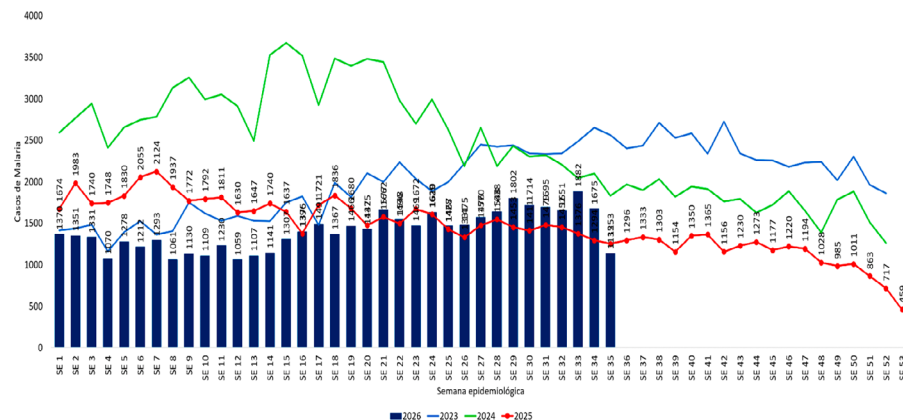
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución para la malaria, como lo muestra la figura 17.

Figura 17. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 35 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 35 del 2026 se notificaron 2 854 casos de malaria, para un acumulado de 49 213 casos, de los cuales 48 674 son de malaria no complicada y 539 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 68,6 % (33 779), seguido de *Plasmodium falciparum* con 30,2 % (14 864) e infección mixta con 1,2 % (570). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 94,2 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (39,4 %), Antioquia (13,3 %), Córdoba (7,4 %), Nariño (5,5 %), Guainía (5,0 %), Risaralda (4,0 %), Amazonas (3,4 %), Cauca (3,4 %), Bolívar (3,1 %), Vichada (2,7 %), Meta (2,6 %), Buenaventura (2,5 %) y Vaupés (2,0 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,9 % 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 35 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 28 a 31 2026	Casos SE 32 a 35 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	4 121	683	881	27,67
Córdoba	Tierralta	2 423	284	229	23,91
Guainía	Inírida	2 176	175	229	54,97
Risaralda	Pueblo Rico	1 779	255	179	105,80
Chocó	Lloró	1 609	241	227	148,10
Chocó	Bagadó	1 575	402	207	130,42
Antioquia	El Bagre	1 288	148	147	22,58
Buenaventura	Buenaventura	1 223	182	158	3,76
Chocó	Istmina	1 182	158	111	33,81
Chocó	Medio San Juan	1 003	164	155	82,86
Meta	Puerto Gaitán	991	101	80	20,98
Chocó	Alto Baudó	928	138	208	28,85
Vichada	Cumaribo	911	85	48	10,16
Cauca	Timbiquí	857	117	81	29,92
Vaupés	Mitú	846	94	76	23,11
Chocó	Río Quito	815	82	140	86,37
Bolívar	Montecristo	812	119	82	43,63
Chocó	Bajo Baudó	757	152	172	21,67
Chocó	Carmen del Darién	750	159	154	32,97
Chocó	Juradó	730	77	50	94,33
Chocó	Tadó	728	140	170	35,07
Nariño	Olaya Herrera	646	82	60	24,16
Cauca	Guapi	644	74	66	21,38
Antioquia	Nechí	635	97	89	22,46
Amazonas	Tarapacá (CD)	608	47	57	135,29
Chocó	El Cantón del San Pablo	607	99	42	85,10
Norte de Santander	Tibú	605	110	99	9,65
Córdoba	Puerto Libertador	569	70	69	12,35
Chocó	Atrato	544	104	111	76,91
Antioquia	Cáceres	497	57	46	15,75
Guaviare	San José del Guaviare	487	60	69	7,31
Chocó	Nóvita	479	96	152	44,70
Amazonas	La Pedrera (CD)	462	51	36	106,11
Chocó	Medio Atrato	455	51	65	34,24
Nariño	El Charco	437	81	53	18,58

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 71,9 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,7 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Tierralta, Pueblo Rico, Lloró, Bagadó, Puerto Gaitán, Montecristo, Mitú, Juradó, Carmen del Darien, Cumaribo, Nechí y Tibú y en incremento el municipio de Nechí, y Quibdó (tabla 22). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentraron el 63,8 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Timbiquí, Buenaventura, Istmina, Guapi, Bagadó, Olaya Herrera y Medio Atrato y en incremento los municipios de Quibdó, Rio Quito, Lloró, Alto Baudó, El Charco, Bajo Baudó y Atrato 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 35 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 28 a 31 de 2026	Casos SE 32 a 35 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	263	212	-19%	6,4 %
Guainía	Inírida	157	199	27%	5,6 %
Chocó	Quibdó	252	279	11%	4,5 %
Risaralda	Pueblo Rico	202	149	-26%	4,5 %
Antioquia	El Bagre	144	141	-2%	3,6 %
Chocó	Lloró	138	116	-16%	3,0 %
Chocó	Bagadó	188	102	-46%	2,8 %
Meta	Puerto Gaitán	97	74	-24%	2,6 %
Bolívar	Montecristo	119	85	-29%	2,4 %
Vaupés	Mitú	92	63	-32%	2,4 %
Chocó	Juradó	78	50	-36%	2,2 %
Chocó	Carmen del Darien	141	129	-9%	2,0 %
Vichada	Cumaribo	60	26	-57%	2,0 %
Antioquia	Nechí	94	91	-3%	1,9 %
Norte de Santander	Tibú	110	100	-9%	1,8 %

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 35 de 2026

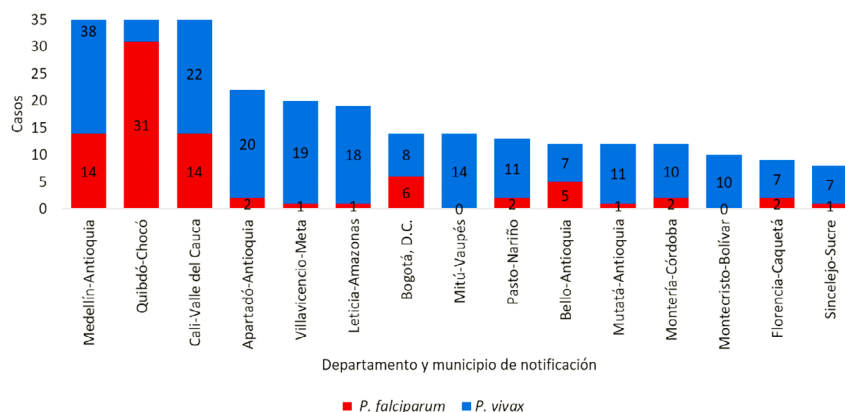
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 28 a 31 de 2026	Casos SE 32 a 35 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	439	588	34%	17,6 %
Cauca	Timbiquí	116	81	-30%	5,7 %
Buenaventura	Buenaventura	127	95	-25%	5,6 %
Chocó	Rio Quito	62	100	61%	4,1 %
Chocó	Istmina	78	55	-29%	4,1 %
Cauca	Guapi	72	56	-22%	4,0 %
Chocó	Bagadó	201	99	-51%	3,8 %
Chocó	Lloró	99	108	9%	3,7 %
Chocó	Medio San Juan	92	91	-1%	3,5 %
Chocó	Alto Baudó	77	110	43%	2,6 %
Nariño	El Charco	25	47	88%	2,6 %
Chocó	Bajo Baudó	90	104	16%	2,5 %
Chocó	Atrato	71	92	30%	2,4 %
Nariño	Olaya Herrera	48	34	-29%	2,2 %
Chocó	Medio Atrato	48	40	-17%	2,1 %

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 35 de 2026 se han notificado 539 casos de malaria complicada, que fueron 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 88,1 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 57,3 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 18).

Figura 18. Distribución de casos de malaria complicada en los municipios de notificación con mayor carga, según especie parasitaria. Colombia, semana epidemiológica 35 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 35 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran cinco departamentos en situación de incremento y 6 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 49 municipios en incremento y 57 municipios en decremento (tabla 24).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 35 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 35 2025	Acumulado 2026	SE 35 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	1 114	44	618	7	53	57
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	22	1	33	0	1	4
Amazonas	Leticia	4	448	5	150	2	5	15
Amazonas	El Encanto (CD)	4	9	3	161	1	0	5
Antioquia	Frontino	4	187	11	365	20	29	91
Antioquia	Anorí	4	73	4	173	0	10	16
Antioquia	Cáceres	5	515	9	500	5	25	46
Antioquia	Remedios	4	84	2	79	2	4	9
Antioquia	Nechí	5	789	5	645	9	34	92
Antioquia	Yondó	4	48	0	63	2	0	4
Antioquia	Tarazá	4	410	5	196	7	21	41
Antioquia	Caucasia	4	307	6	196	3	8	31

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 35 2025	Acumulado 2026	SE 35 2026	Esperado	Observado
Arauca	Saravena	4	443	4	111	0	7	13
Bolívar	Norosi	5	174	4	135	4	15	22
Bolívar	Río Viejo	5	17	2	119	3	7	11
Bolívar	Tiquisio	4	90	1	122	1	7	13
Bolívar	Montecristo	5	748	10	826	7	59	86
Bolívar	Santa Rosa del Sur	4	62	4	92	4	6	13
Cauca	Timbiquí	5	963	14	858	2	67	81
Chocó	El Carmen de Atrato	4	173	1	307	20	4	58
Chocó	Condoto	4	157	3	271	6	18	41
Chocó	Medio San Juan	5	925	19	1006	16	74	155
Chocó	Nóvita	5	263	7	480	36	36	152
Chocó	Belén de Bajirá	5	130	2	485	10	11	52
Chocó	Lloró	5	1457	30	1618	18	132	228
Chocó	Istmina	5	1010	23	1193	37	76	111
Chocó	Unión Panamericana	5	169	2	240	15	18	37
Chocó	Juradó	4	282	5	731	4	24	50
Chocó	Río Quito	5	475	9	824	38	98	143
Chocó	Quibdó	5	2489	50	4 187	173	372	890
Chocó	Medio Atrato	5	383	6	457	16	59	65
Chocó	Carmen del Darién	5	682	11	755	17	57	154
Chocó	Atrato	5	256	3	548	25	50	112
Chocó	Cértegui	4	168	5	208	2	16	27
Guaviare	San José del Guaviare	5	502	14	491	11	50	70
Guaviare	Calamar	4	129	5	213	7	13	33
Guaviare	Miraflores	3	57	0	80	10	7	18
La Guajira	Riohacha	4	8	0	7	0	1	3
Meta	Puerto Gaitán	4	262	8	1008	8	5	81
Meta	Puerto López	4	191	0	19	1	1	4
Meta	Villavicencio	4	43	1	33	1	2	4
Norte de Santander	Teorama	4	5	2	39	12	1	13
Norte de Santander	Convención	4	4	1	44	4	1	11
Norte de Santander	El Carmen	4	4	0	16	1	0	3
Risaralda	Mistrató	4	58	3	103	9	15	27
Risaralda	Pereira	4	31	0	26	2	2	5
Sucre	Morroa	4	0	0	2	2	0	2
Tolima	Ataco	3	0	0	0	0	0	3
Vichada	Puerto Carreño	4	230	9	364	4	12	19

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

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (36 de 2025 a 35 de 2026) es de 0,53 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Chocó, Vichada y Risaralda (tabla 25).

El 83,3 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,7 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,4 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (28,0 %) y en los de 1 año de edad (27,1 %). Así mismo, el 65,9 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 35 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Guainía, Norte de Santander, San Andrés y Vaupés; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 210 municipios a nivel nacional (18,7 %) y de disminución en 95 municipios (8,5 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021-2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 19 municipios (tabla 26).

A semana epidemiológica 35 del 2026, se han notificado 14 537 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 14 462 corresponden a residentes en Colombia y 75 casos de residentes en el exterior.

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 35, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 35 de 2025	Casos a SE 35 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	14 739	14 462	0,53	18,7	8,5
La Guajira	1 160	1 137	1,54	26,7	20,0
Chocó	594	645	1,31	32,3	12,9
Vichada	148	154	1,26	0,0	25,0
Risaralda	325	369	0,82	28,6	7,1
Guaviare	50	48	0,77	0,0	0,0
Cartagena de Indias	370	404	0,70	0,0	0,0
Arauca	128	127	0,68	14,3	28,6
Magdalena	582	445	0,68	20,7	10,3
Cesar	662	710	0,67	24,0	16,0
Boyacá	360	398	0,63	13,8	4,1
Vaupés	22	18	0,56	0,0	16,7
Nariño	487	543	0,56	21,9	3,1
Antioquia	1979	1851	0,56	23,2	2,4
Casanare	183	162	0,55	10,5	31,6
Bogotá, D.C	1874	1763	0,54	0,0	0,0
Bolívar	435	414	0,53	24,4	11,1
Norte Santander	483	407	0,52	7,5	7,5
Cundinamarca	818	836	0,51	15,5	6,0
Meta	279	324	0,49	27,6	17,2
Putumayo	138	130	0,48	15,4	15,4
Sucre	279	299	0,46	38,5	7,7
Amazonas	52	33	0,45	18,2	9,1
Valle del Cauca	453	423	0,44	37,5	5,0
Santiago de Cali	390	348	0,42	0,0	0,0
Buenaventura	126	95	0,41	0,0	0,0
Tolima	230	257	0,39	14,9	6,4
Santa Marta	127	118	0,39	0,0	0,0
Huila	323	273	0,38	10,8	8,1
Guainía	32	18	0,35	0,0	22,2
Córdoba	354	438	0,34	16,7	16,7
Caquetá	102	100	0,33	0,0	25,0
Caldas	134	133	0,32	14,8	0,0
Santander	344	343	0,30	14,9	4,6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	11	0,30	50,0	0,0
Barranquilla	216	143	0,29	0,0	0,0
Cauca	204	245	0,29	26,2	9,5
Atlántico	232	233	0,28	13,6	36,4
Quindío	61	67	0,28	0,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 36 de 2025 a SE 35 de 2026.
Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 y 2026 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2025.

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 35 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	254	149
Risaralda	Dosquebradas	34	94
Sucre	Sincedejo	41	84
Tolima	Ibagué	50	82
Cundinamarca	Fusagasugá	48	79
Antioquia	Rionegro	27	40
Cesar	Aguachica	21	40
Cauca	Popayán	24	39
Boyacá	Duitama	22	38
Huila	Pitalito	25	33
Valle del Cauca	Cartago	18	30
Santander	Girón	38	29
Antioquia	Envigado	15	24
Cauca	Santander de Quilichao	17	24
Santander	Piedecuesta	34	24
Atlántico	Sabanalarga	31	21
Atlántico	Malambo	26	17
Cundinamarca	Girardot	38	11
Norte de Santander	Villa del Rosario	37	10

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

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

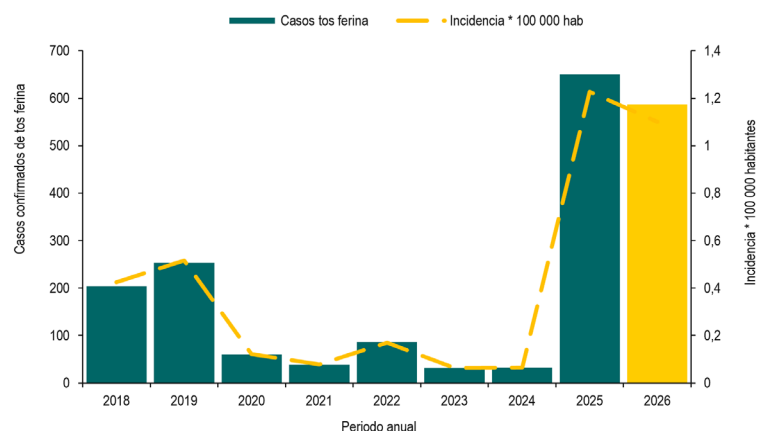
Tos ferina

Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 34 de 2026

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, clasificados por laboratorio, nexo epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias fueron calculadas únicamente con los casos procedentes de Colombia. Asimismo, se debe considerar que la información presentada está sujeta a ajustes derivados del rezago en la notificación, los procesos de confirmación diagnóstica y las modificaciones en la clasificación final de los casos, por lo que las cifras pueden variar en futuras actualizaciones.

Hasta la semana epidemiológica 34 de 2026p, a nivel nacional se han confirmado 618 casos de tos ferina, de los cuales 601 corresponden a casos con procedencia nacional, utilizados para el cálculo de la incidencia. La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 34 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); no obstante, el comportamiento observado durante 2026 es inferior al registrado en el mismo periodo de 2025, cuando se confirmaron 687 casos de tos ferina (figura 19).

Figura 19. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 34, 2017 a 2026p

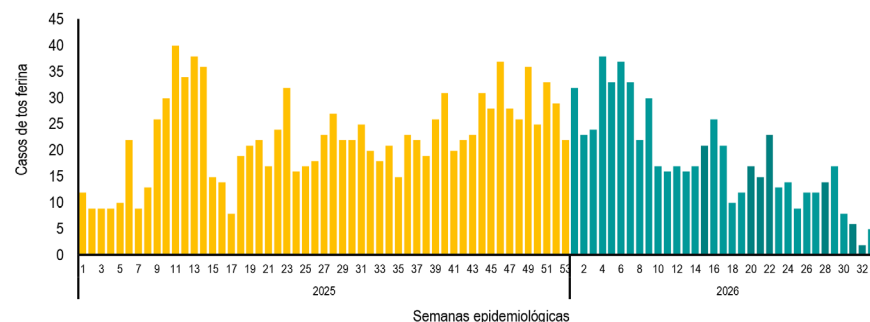


Fuente: Sivigila 2017 a 2026p

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 20 muestra una disminución sostenida de los casos de tos ferina durante 2026 en comparación con 2025. Mientras que en 2025 se registraron picos de hasta 40 casos en la semana epidemiológica 11 y de 37 casos en la semana epidemiológica 46, durante 2026 los mayores valores se presentaron al inicio del año, alcanzando 38 casos en la semana epidemiológica 05 y 37 casos en la semana epidemiológica 06. A partir de entonces, la notificación mostró una tendencia descendente progresiva, con fluctuaciones menores y una reducción marcada desde la semana epidemiológica 17, llegando a valores inferiores a 10 casos semanales en las últimas semanas epidemiológicas analizadas. Este comportamiento evidencia una disminución importante en la ocurrencia de casos de tos ferina durante 2026, especialmente en el segundo semestre del año. En el periodo observado (semanas epidemiológicas 31-34) se confirmaron 16 casos.

Figura 20. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 34 de 2026



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 34, de 2019 a 2026p

Durante 2026 (Incidencia acumulada semanas epidemiológicas 01 a 34), Colombia registró una incidencia acumulada de 1,1 casos de tos ferina por 100 000 habitantes, correspondiente a 601 casos confirmados, valor ligeramente inferior al observado en 2025 (1,3 por 100 000 habitantes). Las mayores incidencias se presentaron en Vaupés (22,5 por 100 000 habitantes), Casanare (4,8), Cartagena de Indias (4,1), Vichada (3,9), Arauca (3,6) y Chocó (3,2), evidenciando una mayor afectación en estos territorios. En términos absolutos, Antioquia (135 casos), Bogotá, D.C. (62), Santander (42), Cartagena de Indias (41), Boyacá (34) y Cesar (25) concentraron el mayor número de casos confirmados. En comparación con 2025, varios territorios mostraron incrementos en la incidencia, destacándose Casanare, Cartagena de Indias, Boyacá, Santander, Arauca y Norte de Santander, mientras que otros como Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, Huila y Caldas presentaron reducciones. La distribución de la enfermedad es heterogénea entre las entidades territoriales del país.

La tabla 27 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 27. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 34, 2019 a 2026p

	Incidencias por 100 000 habitantes									
Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026
Colombia	0,5	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	1,3	1,1		

Fuente: Sivigila 2019 a 2026p.

*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

Con corte a la semana epidemiológica 34 de 2026, se han identificado 43 brotes de tos ferina en población indígena, con un total de 157 casos asociados. De estos, 41 (95,3 %) se encuentran cerrados y 2 (4,7 %) permanecen activos y en seguimiento epidemiológico de acuerdo con la fecha de inicio de síntomas. Los brotes que continúan abiertos corresponden a los municipios de Carurú (Vaupés), Saravena (Arauca).

La tabla 28 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia en población indígena, así como la fecha de cierre correspondiente de cada brote.

Tabla 28. Brotes de tos ferina, Colombia, 2026p

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		155		
Vaupés	Carurú	1	6/08/2026	17/09/2026
Arauca	Saravena	2	2/08/2026	13/09/2026
Boyacá	Cubará	13	23/07/2026	3/09/2026
Boyacá	Güicán	7	23/07/2026	3/09/2026
Vichada	Cumaribo	6	20/07/2026	31/08/2026
Norte de Santander	Bochalema	1	7/07/2026	18/08/2026
Cauca	Toribío	7	4/07/2026	15/08/2026
La Guajira	Maicao	2	19/06/2026	31/07/2026
Vaupés	Papunaua	2	16/06/2026	28/07/2026
Cesar	Agustín Codazzi	6	14/06/2026	26/07/2026
La Guajira	Uribí	1	11/06/2026	23/07/2026
Santander	Cerrito	20	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	2	5/06/2026	17/07/2026
Norte de Santander	Toledo	2	26/05/2026	7/07/2026
Vaupés	Mitú	7	21/05/2026	2/07/2026

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Antioquia	Betulia	1	12/05/2026	23/06/2026
Cauca	Caldono	3	8/05/2026	19/06/2026
Chocó	Litoral del San Juan	1	27/04/2026	8/06/2026
Casanare	Hato Corozal	2	23/04/2026	4/06/2026
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 Aripuro	14	1/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	1/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Dabeiba	12	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	Aranzazu	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

FIS: fecha de inicio de síntomas

Celdas en gris: brotes de tos ferina que por tiempo ya cerraron
Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2026p.

ALERTAS NACIONALES

Actualización sismo Colombia del 10 de agosto de 2026 y acciones de vigilancia en salud pública. Corte 09 de septiembre de 2026

El sismo de magnitud 7,4 ocurrido el 10 de agosto de 2026, a las 07:34 horas, con epicentro en San José del Palmar (Chocó), generó afectaciones principalmente en la región Pacífica y el Eje Cafetero, especialmente en los departamentos de Chocó, Valle del Cauca, Risaralda, Caldas, Quindío y los distritos de Cali y Buenaventura. Desde entonces, se mantiene activa la respuesta interinstitucional y el seguimiento por parte de las autoridades nacionales y territoriales. De acuerdo con el Reporte Situacional No. 072 (09/09/2026, 06:30 hora militar) de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), se registran afectaciones en 498 municipios de 16 departamentos.

En materia de vigilancia en salud pública, con corte al 09 de septiembre se han identificado 15 brotes asociados al contexto posterior al sismo, de los cuales nueve (9) se encuentran cerrados y seis (6) continúan en seguimiento, sin registrarse fallecimientos asociados. Entre los eventos activos se incluyen dos brotes de varicela en Santiago de Cali, un brote de enfermedad diarreica aguda (EDA) en el Alojamiento Temporal de Emergencia (ATE) Coliseo Mayor de Manizales, un brote de parotiditis en Santiago de Cali, un brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) en Buenaventura y un brote de COVID-19 en el ATE Coliseo del Sur de Armenia. Para este último se han confirmado dos (2) casos entre 94 residentes, con una tasa de ataque del 2,13 %. Se mantienen las acciones de investigación epidemiológica de campo, búsqueda activa, toma de muestras y seguimiento de casos y contactos. No se registran brotes activos ni alertas sanitarias asociados a enfermedades zoonóticas, transmitidas por vectores o infecciones de transmisión sexual (ITS).

En relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), con corte a la semana epidemiológica 35, Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Quindío, Risaralda y Valle del Cauca alcanzaron un cumplimiento del 100,0 % en los tres niveles del flujo de información: Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), Unidades Notificadores Municipales (UNM) y Unidades Notificadoras Departamentales (UND), garantizando la continuidad y oportunidad de la vigilancia. No obstante, persisten limitaciones operativas en algunas UPGD y se han identificado nuevas instituciones afectadas que han requerido la suspensión temporal de sus actividades de reporte. En este contexto, 19 UPGD permanecen temporalmente inactivas en Quindío, Chocó, Santiago de Cali y Risaralda.



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

La emergencia mantiene una alta demanda sobre los ATE. Se han identificado 109 ATE en los territorios afectados, de los cuales 62 permanecen activos y caracterizados y 47 han sido cerrados, con 3 193 personas caracterizadas en los ATE activos. De los 62 ATE activos, 51 cuentan con información disponible y 11 continúan en proceso de caracterización. Persisten riesgos sanitarios relacionados con el saneamiento básico: 16 ATE presentan condiciones regulares o deficientes para la recolección de residuos sólidos y 22 no cuentan con agua apta para consumo humano, situación concentrada principalmente en Valle del Cauca, Chocó, Risaralda y Quindío.

Asimismo, en los ATE caracterizados se mantiene la presencia de vectores, plagas y animales de interés sanitario, principalmente zancudos en 17 ATE, moscas en 13, roedores en seis, larvas en depósitos de agua en cuatro, murciélagos y serpientes en tres cada uno y garrapatas en dos. Persisten además brechas en las condiciones de inocuidad y manejo de alimentos, particularmente en Buenaventura, donde el 39 % de los ATE cuenta con áreas para preparación de alimentos y el 22 % realiza su lavado. Estos hallazgos mantienen la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia sanitaria, acceso a agua segura, saneamiento básico, control integrado de vectores y plagas y buenas prácticas de manipulación y conservación de alimentos.

Como parte de la respuesta, se mantiene activo el Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), la Sala de Análisis del Riesgo y las acciones de vigilancia epidemiológica, ambiental y comunitaria. Con corte al 8 de septiembre, la Vigilancia Basada en Comunidad registra 508 reportes comunitarios, principalmente en Quindío (176), Chocó (98), Caldas (84) y Risaralda (59). Desde el corte anterior ingresó un nuevo reporte relacionado con una piscina afectada por filtraciones como consecuencia del sismo en el barrio El Uvo de Popayán, Cauca, donde se reportó estancamiento de agua y proliferación de vectores. Se mantiene además el seguimiento mediante la Sala de Análisis del Riesgo Ambiental (SARA) y la caracterización de ATE a través de EWARS y otras herramientas territoriales.

La Red Nacional de Laboratorios mantiene el seguimiento de la situación sin cambios respecto al reporte anterior, orientado a garantizar la continuidad de los procesos prioritarios de vigilancia y diagnóstico en salud pública. Se mantiene además el seguimiento a la población gestante afectada por el sismo, sin cambios o novedades frente al reporte anterior. Persisten necesidades de fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y de laboratorio, particularmente de insumos para análisis de calidad de agua en Risaralda y para el diagnóstico de tuberculosis en Chocó.

Por su parte, la Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión mantiene el monitoreo permanente de las capacidades en los territorios afectados. Al 09 de septiembre se reporta una disponibilidad de 6 401 unidades de glóbulos rojos, distribuidas en Valle del Cauca (3 136), Caldas (1 839), Risaralda (953), Quindío (361) y Chocó (112). No se reportan requerimientos adicionales ni alertas de escasez por parte de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE).

La respuesta continúa orientada al monitoreo intensificado de los Eventos de Interés en Salud Pública, la investigación epidemiológica de los brotes, la vigilancia sindrómica y sanitaria de los ATE, el fortalecimiento de las acciones de agua segura, saneamiento básico y vigilancia ambiental, así como la actualización permanente de la caracterización y seguimiento de los alojamientos mediante EWARS y otras herramientas territoriales. Se mantiene además el acompañamiento técnico a las entidades territoriales para garantizar la continuidad de los procesos de vigilancia, diagnóstico, referencia y contrarreferencia de muestras. Debido a la magnitud y extensión de las afectaciones y al nivel de riesgo estimado como muy alto, se mantiene activa la respuesta nacional y el seguimiento continuo de la situación mediante el COE-SP y la SARA nacional.

Fuente: UNGRD, Reporte Situacional No. 072, 9 de septiembre de 2026; Reportes de Situación (SITREP) de las entidades territoriales afectadas; INS, Información del Centro Operativo de Emergencias en Salud Pública (COE-SP), Sala de Análisis del Riesgo en Salud Pública, Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Vigilancia Basada en Comunidad (VBC), herramienta EWARS, Red Nacional de Laboratorios y Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión, corte 9 de septiembre de 2026.

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 09 de septiembre 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 08 de septiembre (datos preliminares), se han notificado 1 183 casos probables, 58 confirmados por laboratorio, con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero hasta el 08 de agosto de 2026, el 95,0 % procedente del Tolima, el 3,44 %, precedente de Cundinamarca y el 1,56 % procedente de Meta. Se han notificado 28 mortalidades, 27 confirmadas, un (1) caso excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad de 46,5 % (27/58)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 206 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 86 casos de mortalidades, seis (6) casos excluidos de la letalidad y un (1) caso se encuentra en estudio para una letalidad acumulada del 41,7 % (86/206).

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

Durante el periodo comprendido entre el 02 y el 08 de septiembre de 2026, no se han confirmado casos de fiebre amarilla en humanos.

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 32 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). El último caso se confirmó el 04 de septiembre de 2026 por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) en zona rural del municipio de 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, 09 de septiembre de 2026

Con corte al 09 de septiembre de 2026, se han notificado 1 897 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 723 han sido descartados, 160 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (83), Antioquia (28), Huila y Norte de Santander ocho (8) cada uno, Nariño (6), Tolima (3), Boyacá, Santiago de Cali, Cesar, Cundinamarca, Meta y Sucre dos (2) cada uno, Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Caldas, Caquetá, Cauca, Chocó, Quindío, Risaralda, Santa Marta, Santander y Valle del Cauca un (1) 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 y se han cerrado ocho (8) brotes. En cuanto a la caracterización genética, seis (6) casos fueron 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.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 09 de septiembre de 2026.

Seguimiento a incendios de cobertura vegetal en Colombia. Corte al 09 de septiembre de 2026

Persisten en el país condiciones de altas temperaturas que han favorecido la ocurrencia y propagación de incendios de cobertura vegetal en diferentes regiones, principalmente en las regiones Andina y Pacífica. Esta situación coincide con la consolidación del fenómeno El Niño (FEN), de acuerdo con el Comunicado Especial No. 087 emitido por el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) el 13 de agosto de 2026.

Entre agosto y el 09 de septiembre de 2026, los reportes de incendios de cobertura vegetal evidenciaron una mayor concentración de municipios afectados en Tolima y Cundinamarca, con 24 municipios cada uno. En conjunto, ambos departamentos concentraron el 40,6 % de los municipios afectados.

En un segundo nivel de afectación se ubica Nariño, con 11 municipios (9,3 %), seguido por Antioquia, con nueve municipios (7,6 %). Por su parte, Norte de Santander y Santander registran ocho municipios afectados cada uno (6,8 %), mientras que Valle del Cauca y Boyacá reportan siete municipios cada uno (5,9 %).

Los departamentos con menor número de municipios afectados corresponden a Cesar y Huila, con cuatro municipios cada uno (3,4 %); Cauca y La Guajira, con tres municipios cada uno (2,5 %); y Caldas y Quindío, con dos municipios cada uno (1,7 %). Finalmente, Meta y Vichada presentan un municipio afectado cada uno, equivalente al 0,8 % del total.

En respuesta a esta situación, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Circular Externa Conjunta 023 del 10 de julio de 2026, insta a reforzar las acciones de vigilancia, prevención y atención en salud, priorizando a la población en mayor condición de vulnerabilidad y fortaleciendo el monitoreo epidemiológico, territorial y ambiental mediante la Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA), el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y la Vigilancia de Factores de Riesgos Ambientales.

De acuerdo con lo reportado por la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), con corte al 08 septiembre de 2026 a las 07:30 horas, se han presentado 14 incendios de cobertura vegetal activos, concentrados en Tolima (7), Cauca (5), Norte de Santander (1) y Valle del Cauca (1).

Por su parte, el IDEAM, en su boletín de pronóstico de amenaza por incendios de la cobertura vegetal, con corte al 09 de septiembre de 2026, reportó un incremento significativo del territorio bajo alerta durante la última semana. El número de municipios en alerta pasó de 64 a 163, lo que representa un aumento del 154,7 % respecto a la semana anterior. Asimismo, el número de departamentos con municipios en alerta aumentó de 6 a 15, equivalente a un incremento del 150,0 %.

Respecto a la calidad del aire, aunque a la fecha no se registraron reportes de deterioro en los departamentos afectados, la persistencia de incendios activos y las condiciones ambientales favorables para su propagación, hacen necesario mantener el monitoreo continuo de los posibles efectos sobre la salud de la población.

En relación con los eventos de interés en salud pública (EISP) priorizados para el seguimiento de esta situación, a la semana epidemiológica 34 de 2026, se observaron aumentos inusuales en la morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en consulta externa y urgencias en La Guajira y en hospitalizaciones en sala general en Nariño. Asimismo, con corte al 09 de septiembre de 2026, en los departamentos afectados no se han notificado a través del sistema de vigilancia de eventos de notificación inmediata, conglomerados de casos por intoxicación por humo.

Con base en la información ambiental y epidemiológica disponible, el INS mantiene una valoración de riesgo moderado (amarillo) para los departamentos de Tolima, Cundinamarca, Nariño, Antioquia, Norte de Santander, Santander, Valle del Cauca y Boyacá.

Fuente: Circular Externa Conjunta 023 del 10 de julio de 2026, Ministerio de Salud y Protección Social; Reporte incendios forestales en seguimiento de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), 08 de septiembre de 2026, 7:30 HCL; Boletín N°252 de Pronóstico de la amenaza por incendios de la cobertura vegetal del Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), 09 de septiembre de 2026, 12:00 HCL.

ALERTAS INTERNACIONALES

Situación epidemiológica sobre sarampión en la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 02 de septiembre de 2026

Entre las semanas epidemiológicas 01 y 33 de 2026, la región de las Américas reportó 51 027 casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que representa un aumento de 4,6 veces en comparación con el mismo período del 2025. Guatemala (32 566), México (12 607), Estados Unidos (2 777) y Canadá (1 117) concentran la gran mayoría (96,0 %) de los casos confirmados. Se han notificado un total de 55 muertes en el mismo periodo, de las cuales 36 ocurrieron en Guatemala, 18 en México y una (1) en Bolivia.

Durante las semanas epidemiológicas 31 y 32 de 2026, se reportaron 1 162 nuevos casos confirmados de sarampión en siete países, lo que representa una disminución del 28,1 % en comparación con las dos semanas anteriores. Estos casos fueron reportados por Guatemala con 611 casos, seguida de Estados Unidos con 239 casos, Perú con 211 casos y México con 96 casos, mientras que Bolivia notificó tres casos y Canadá y Honduras, un caso cada uno.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe de Situación Regional · N.º 10, Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 02 de septiembre de 2026. Fecha de consulta: 09 de septiembre de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/09/measles-sitrep-10-sept01-2026-es.pdf>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 35 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 35

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	37	2	1	389	36	44	641	20	100	92	6	15	1	0	1	1	0	0	1	0	0
Antioquia	397	10	13	15091	1405	1784	2843	290	396	1043	120	151	28	4	4	62	6	1	62	6	1
Arauca	87	1	2	746	57	77	2137	114	387	671	28	95	28	1	9	24	4	1	24	4	1
Atlántico	62	6	1	3084	287	329	2688	212	512	1174	124	208	18	6	1	9	1	0	9	1	0
Barranquilla D.E.	10	0	2	3504	284	389	2337	165	275	1064	89	135	21	4	4	19	1	0	19	1	0
Bogotá D.C.	1	0	0	17357	1821	2167	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0
Bolívar	185	6	1	2094	212	214	6830	300	1058	2777	151	454	94	7	8	3	0	1	3	0	1
Boyacá	57	2	0	5100	514	556	215	22	40	99	10	14	4	0	3	2	0	0	2	0	0
Buenaventura D.E.	15	0	0	100	11	9	111	29	16	38	12	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	50	1	1	3093	296	391	142	17	9	57	9	3	0	0	0	20	3	0	20	3	0
Santiago de Cali D.E.	8	0	0	4014	411	503	1000	563	119	363	227	39	4	6	1	80	4	0	80	4	0
Caquetá	120	2	2	873	94	100	397	47	14	205	23	9	10	0	0	5	1	0	5	1	0
Cartagena de Indias D.T.	19	0	0	1872	144	202	2841	271	169	558	122	36	31	8	4	2	1	0	2	1	0
Casanare	112	5	6	1585	131	159	3283	103	493	984	41	146	21	1	3	7	2	1	7	2	1
Cauca	85	2	2	4549	455	479	161	52	31	53	19	9	5	1	2	12	2	0	12	2	0
Cesar	181	7	9	2336	202	313	5953	259	409	3360	164	212	45	6	6	28	5	1	28	5	1
Chocó	153	3	5	254	21	36	801	92	104	171	18	15	6	1	0	2	1	0	2	1	0
Córdoba	251	7	5	3871	384	362	2525	365	252	1096	180	128	12	4	2	3	0	0	3	0	0
Cundinamarca	67	2	1	11554	1081	1292	1252	138	241	475	67	98	13	1	2	6	0	1	6	0	1
Guainía	6	0	0	194	13	27	9	4	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	55	1	1	284	63	46	710	27	266	135	8	30	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	96	2	1	5099	381	566	939	167	161	358	67	52	44	6	5	27	2	1	27	2	1
La Guajira	98	4	4	1753	241	156	3061	109	65	1642	75	37	53	2	0	9	1	0	9	1	0
Magdalena	111	4	3	1800	186	179	4540	121	531	2260	82	261	33	2	6	4	1	0	4	1	0
Meta	196	3	2	3319	324	377	12435	367	1368	3703	132	384	110	3	12	17	3	1	17	3	1
Nariño	93	1	4	5705	539	627	564	68	86	223	22	33	5	1	0	8	1	0	8	1	0
Norte de Santander	241	6	4	5446	476	617	4989	317	823	1878	154	284	69	5	1	4	0	0	4	0	0
Putumayo	97	1	2	1423	136	144	330	51	62	89	15	20	7	0	1	4	0	0	4	0	0
Quindío	10	0	0	2515	231	318	316	24	73	83	9	25	6	0	2	3	1	0	3	1	0
Risaralda	47	1	0	3403	326	465	146	22	16	60	9	6	3	0	0	10	1	0	10	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	275	28	40	34	5	13	11	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	29	0	0	1500	134	180	2016	58	50	904	37	28	7	1	1	6	1	0	6	1	0
Santander	140	4	1	6225	545	755	5272	456	818	2048	202	328	36	6	8	6	1	0	6	1	0
Sucre	67	3	3	2128	197	209	1504	241	343	713	148	158	14	5	2	1	0	0	1	0	0
Tolima	107	2	1	5748	524	674	2360	354	410	768	155	162	30	4	5	16	1	1	16	1	1
Valle del Cauca	56	1	0	6939	636	801	1382	305	267	499	120	110	13	2	4	39	5	1	39	5	1
Vaupés	32	1	0	165	17	14	61	2	19	6	0	0	0	0	0	9	1	2	9	1	2
Vichada	36	1	0	169	23	14	89	20	19	26	6	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	3.414	91	77	135.556	12.865	15.615	76.914	5.777	10.017	29.689	2.654	3.701	774	87	97	450	50	12	450	50	12

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 35

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	1710	228	140	2	2	1	4203	550	511	288	16	46	0	0	0	2016	318	213	11	13	11
Antioquia	6574	868	806	187	25	44	662734	77657	63349	26057	2944	2215	2699	737	490	278500	32856	34431	515	568	515
Arauca	166	7	15	6	1	1	16357	2535	2559	2074	187	462	36	7	13	5651	686	599	37	43	37
Atlántico	1	0	1	5	2	1	99503	13130	10293	2503	308	339	1586	288	216	41120	4361	4898	84	152	84
Barranquilla D.E.	0	0	0	15	6	2	143890	19055	14780	7925	497	1076	972	280	243	52340	5804	5424	132	184	132
Bogotá D.C.	0	0	0	138	41	24	1061189	136505	121767	49345	5339	4407	6267	1522	1226	515514	56295	66595	512	531	512
Bolívar	1521	108	168	20	3	4	90230	12562	8874	2193	285	203	299	92	54	21167	2556	1927	140	150	140
Boyacá	168	0	10	26	7	5	84192	13069	9296	4906	509	522	289	92	74	33396	3712	4374	75	95	75
Buenaventura D.E.	1236	187	159	13	3	3	7117	817	773	33	8	3	8	2	0	48832	5500	4965	38	54	38
Caldas	8	2	0	23	2	10	55183	7711	4669	2312	271	185	894	174	157	22006	2527	2326	54	66	54
Santiago de Cali D.E.	2	1	0	78	10	13	156234	19845	11686	4431	572	371	418	74	66	48832	5500	4965	176	200	176
Caquetá	269	9	10	18	4	4	22668	3475	1986	1657	159	133	19	9	6	10576	1391	1002	34	44	34
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	15	4	4	116442	18399	12743	8308	443	972	1269	285	318	35606	4046	4328	105	158	105
Casanare	28	1	2	8	1	1	17836	3047	2448	293	83	24	104	17	17	7429	910	744	32	51	32
Cauca	1647	242	165	35	3	7	67336	9946	6100	3121	188	213	145	69	24	25321	5170	2788	131	164	131
Cesar	13	2	2	35	4	10	73025	11331	6943	3782	711	385	273	107	54	16727	2266	1587	156	183	156
Chocó	19362	2314	3269	16	3	2	17128	2363	1559	902	148	76	25	6	2	11899	1019	1175	101	120	101
Córdoba	3627	865	352	20	3	9	140767	19059	14011	7431	649	665	1265	292	301	31682	4073	2800	178	257	178
Cundinamarca	0	0	0	57	7	11	235552	30593	24699	10937	1004	1044	740	309	156	111532	12314	13229	247	275	247
Guainía	2442	387	242	0	0	0	1217	235	141	74	24	11	0	0	0	1072	121	101	15	13	15
Guaviare	997	93	131	2	1	1	4426	589	769	774	45	116	51	8	16	3071	227	362	6	11	6
Huila	0	0	0	24	6	4	56613	10831	6632	3638	401	441	463	122	116	26997	4027	3163	108	122	108
La Guajira	14	1	3	11	2	5	188856	15565	23667	2609	559	207	448	53	40	28958	3945	3409	191	268	191
Magdalena	10	1	2	14	3	7	85969	9015	8960	2884	300	380	20	8	6	23984	2937	2282	84	127	84
Meta	1269	37	108	12	3	4	60079	7970	7362	2454	264	287	172	105	45	31688	3789	3128	96	121	96
Nariño	2675	795	234	58	8	14	78934	12388	7948	5629	412	848	138	56	33	32817	5060	3891	109	136	109
Norte de Santander	733	115	129	67	8	19	108609	12264	8485	7544	737	630	635	159	109	36948	5008	4066	115	152	115
Putumayo	60	4	3	6	2	1	27457	2781	3127	1034	111	154	37	6	8	9973	1011	1126	23	41	23
Quindío	2	2	0	9	3	0	34170	5732	2657	1884	214	113	348	66	53	21878	2668	1978	40	40	40
Risaralda	1953	349	214	52	2	8	72145	9222	5442	2271	299	111	221	71	31	26985	3408	1836	73	71	73
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2	1	1	4160	661	471	522	86	47	14	1	5	1742	266	258	5	9	5
Santa Marta D.T.	0	0	0	11	2	4	39102	5171	3426	2533	221	222	568	143	107	13952	1372	1505	59	62	59
Santander	14	1	1	103	9	36	173570	18276	17035	12020	1260	1352	1783	411	401	65970	6624	7490	111	154	111
Sucre	39	8	8	18	3	5	68148	9053	6968	5062	714	451	682	259	156	17757	2546	2133	95	125	95
Tolima	23	0	3	13	2	2	93802	12150	9289	6578	502	569	329	77	76	42425	4376	5240	72	103	72
Valle del Cauca	19	7	3	28	7	1	92682	12587	8575	2568	269	187	746	117	110	48832	5500	4965	119	139	119
Vaupés	1007	229	311	7	2	2	4286	543	524	97	15	19	0	2	0	1900	124	156	6	10	6
Vichada	1309	106	68	2	1	0	2007	419	341	6	3	3	1	0	1	1129	152	125	28	26	28
Total nacional	48.902	7.068	6328	1.156	193	270	4.267.818	547.101	440.865	198.679	20.757	19.489	23.964	6.016	4.730	1.759.648	203.139	202.908	4.113	5.036	4.113

47

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 35

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola 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	0	6	0	0	69	4	4	1	0	0
Antioquia	9	9	0	402	54	29	13	4	0	1007	56	26	1881	211	169	288	56	43
Arauca	2	1	0	21	1	1	0	1	0	34	2	3	124	16	48	47	21	16
Atlántico	2	3	0	56	5	5	1	0	0	22	2	6	564	101	64	31	2	1
Barranquilla D.E.	1	2	0	123	9	9	0	0	0	44	4	4	722	77	79	71	10	5
Bogotá D.C.	16	9	2	1031	122	117	607	4	27	933	80	51	3409	408	388	1317	323	222
Bolívar	6	3	0	29	2	1	2	0	0	26	3	1	311	42	21	15	1	1
Boyacá	3	2	0	119	15	20	14	1	2	120	4	11	514	65	51	154	41	33
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	22	1	1	1	1	0
Caldas	2	1	0	29	7	2	2	1	0	20	1	0	323	30	17	11	3	1
Santiago de Cali D.E.	1	3	0	97	21	7	0	0	0	33	2	1	715	74	57	77	6	5
Caquetá	0	1	0	21	3	2	1	0	0	3	0	0	155	17	10	5	1	2
Cartagena de Indias D.T.	0	2	0	44	5	3	0	0	0	53	2	3	322	61	25	30	0	1
Casanare	2	1	0	35	2	0	0	0	0	46	0	1	169	21	24	12	6	2
Cauca	2	3	0	42	8	5	2	0	0	31	1	2	206	22	27	80	18	18
Cesar	1	3	0	59	4	2	0	0	0	68	2	3	488	31	33	17	3	0
Chocó	0	1	0	3	0	0	0	0	0	108	6	1	19	6	1	10	1	2
Córdoba	3	4	1	127	14	8	0	0	0	16	2	1	900	141	90	41	5	5
Cundinamarca	4	5	0	281	33	39	210	2	6	162	18	9	1696	174	201	237	47	44
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	1	17	2	3	1	1	0
Guaviare	1	0	0	5	1	0	1	1	0	2	0	0	29	6	1	5	0	3
Huila	6	3	0	103	14	11	10	1	1	31	5	0	416	44	62	18	5	6
La Guajira	0	3	0	22	2	2	0	0	0	31	1	0	304	26	37	52	14	24
Magdalena	1	2	0	19	2	2	0	1	0	17	1	1	246	28	15	4	1	0
Meta	5	2	0	50	7	4	11	1	0	110	9	4	312	57	42	29	7	2
Nariño	7	3	0	91	13	10	2	1	0	62	6	5	578	65	85	21	5	0
Norte de Santander	3	3	0	125	15	10	0	0	0	98	5	3	1092	84	75	55	31	8
Putumayo	3	1	0	37	3	5	1	1	0	20	1	1	111	19	13	13	3	2
Quindío	0	1	0	39	4	0	1	1	0	19	1	0	233	26	15	39	6	9
Risaralda	2	1	0	36	5	2	1	1	0	78	2	0	343	41	19	15	3	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	4	0	0	0	1	0	3	0	0	62	2	11	1	0	0
Santa Marta D.T.	1	1	0	13	1	3	0	1	0	12	9	0	177	11	14	8	1	1
Santander	3	3	0	53	8	4	1	0	0	163	9	1	787	69	91	85	18	9
Sucre	2	2	0	39	4	4	3	1	0	30	12	3	360	55	48	29	3	2
Tolima	5	2	0	32	8	5	7	1	0	21	2	0	467	66	50	33	5	6
Valle del Cauca	3	3	0	103	12	7	1	0	0	12	1	0	729	94	57	30	6	9
Vaupés	0	0	0	3	0	0	1	1	0	103	3	1	23	0	8	3	0	1
Vichada	0	0	0	0	0	0	4	1	1	26	1	1	72	2	2	1	0	0
Total nacional	99	79	4	3.294	413	319	898	21	37	3.575	247	144	18.967	2.038	1.958	2.887	654	483

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 35

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	42	33	0	0	54	62	10	7
Antioquia	1	1	0	0	1535	1851	0	1	3705	4035	782	450
Arauca	1	0	0	0	194	127	0	0	120	156	14	10
Atlántico	0	0	0	0	287	233	0	0	660	655	1	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	174	143	0	0	641	671	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	2261	1763	0	0	3714	4228	0	0
Bolívar	0	2	0	0	353	414	0	0	398	372	288	272
Boyacá	2	0	0	0	353	398	0	0	733	669	132	75
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	111	95	0	0	68	68	13	20
Caldas	0	0	0	0	132	133	0	0	817	854	144	72
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	345	348	1	0	1183	1381	1	0
Caquetá	0	0	0	0	134	100	0	0	171	142	187	114
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	252	404	0	0	394	419	1	1
Casanare	7	0	0	0	230	162	0	0	207	199	5	6
Cauca	0	0	0	0	223	245	0	1	587	611	39	18
Cesar	3	0	0	0	552	710	0	0	408	409	145	244
Chocó	0	0	0	0	612	645	0	0	84	125	174	137
Córdoba	1	2	0	0	404	438	0	0	736	793	138	89
Cundinamarca	1	0	0	0	911	836	0	1	1613	2012	138	70
Guainía	0	0	0	0	40	18	0	0	21	20	12	8
Guaviare	0	0	0	0	70	48	0	0	41	45	221	122
Huila	0	0	0	0	314	273	0	1	572	585	7	10
La Guajira	0	0	0	0	1383	1137	0	0	213	248	19	23
Magdalena	0	0	0	0	452	445	0	0	263	277	6	8
Meta	1	0	0	0	308	324	0	1	495	450	138	77
Nariño	0	0	0	0	485	543	0	0	1016	1036	165	81
Norte de Santander	1	1	0	1	495	407	0	0	780	876	158	103
Putumayo	0	0	0	0	140	130	0	0	215	182	182	40
Quindío	0	0	0	0	74	67	0	0	356	349	1	0
Risaralda	0	0	0	0	299	369	0	0	845	825	77	51
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	7	11	0	0	20	23	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	86	118	0	0	206	228	9	9
Santander	3	0	0	1	341	343	0	0	1136	1211	475	629
Sucre	1	0	0	0	199	299	0	0	342	316	76	66
Tolima	1	0	0	0	252	257	0	0	818	786	165	69
Valle del Cauca	0	0	0	0	350	423	0	0	916	985	12	5
Vaupés	0	0	0	0	42	18	0	0	55	57	30	9
Vichada	0	0	0	0	205	154	0	0	17	26	25	25
Total nacional	25	6	0	2	14.647	14.462	1	5	24.619	26.386	3.990	2.922

49

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 35

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	0	0	1	0	3	1	1	0	1	1
Antioquia	14	9	14	12	6	4	21	20	9	8	94	377
Arauca	0	0	1	0	0	1	2	0	1	0	4	1
Atlántico	1	0	6	0	1	0	5	3	5	0	21	24
Barranquilla D.E.	5	1	4	0	1	1	4	5	2	1	17	19
Bogotá D.C.	1	3	13	11	0	1	28	24	0	0	106	802
Bolívar	2	0	6	1	2	1	7	11	6	3	17	5
Boyacá	1	0	3	2	1	0	4	3	1	0	17	18
Buenaventura D.E.	1	3	2	1	0	3	2	2	2	2	5	3
Caldas	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	14	10
Santiago de Cali D.E.	1	2	4	1	1	0	6	1	1	1	31	35
Caquetá	7	1	2	3	0	0	6	1	2	0	6	5
Cartagena de Indias D.T.	3	2	4	4	1	0	6	6	1	0	14	29
Casanare	1	0	1	2	1	0	1	3	1	0	6	7
Cauca	1	0	6	4	4	2	8	3	1	2	22	2
Cesar	2	0	8	4	5	3	6	10	10	8	20	24
Chocó	2	1	9	6	19	9	25	30	30	19	8	12
Córdoba	1	1	6	1	1	1	11	10	7	1	26	26
Cundinamarca	1	2	7	6	0	0	8	6	0	0	48	120
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	4	1	3	2	0	1	4	2	3	0	16	42
La Guajira	0	1	13	8	20	12	29	19	31	18	15	2
Magdalena	0	0	6	5	1	4	7	5	12	3	13	5
Meta	0	0	3	1	1	1	5	7	5	2	16	27
Nariño	1	0	8	4	1	2	7	5	2	0	23	30
Norte de Santander	1	0	6	0	1	0	4	3	3	0	23	49
Putumayo	0	1	1	1	1	2	2	0	1	1	5	7
Quindío	2	0	1	2	0	0	2	1	0	0	8	13
Risaralda	4	1	3	3	7	2	6	10	5	1	14	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Santa Marta D.T.	2	0	3	1	1	1	2	0	0	1	8	17
Santander	3	1	3	0	0	1	5	2	1	0	32	35
Sucre	2	2	3	3	0	1	5	1	2	0	14	16
Tolima	5	3	4	3	1	2	6	3	1	1	19	33
Valle del Cauca	3	0	2	1	1	2	7	4	3	1	28	52
Vaupés	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	1	0
Vichada	0	0	2	1	2	2	2	2	8	6	2	0
Total nacional	334	330	154	93	92	61	268	203	159	79	717	1.864

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 35

Decremento
 Incremento

	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos 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	14	16	0	0	43	50	1	2	446	376
Antioquia	111	89	846	999	1	1	2589	3374	83	92	15806	12635
Arauca	23	11	120	105	0	0	97	100	1	1	851	958
Atlántico	29	16	246	224	1	1	336	443	14	23	1749	1676
Barranquilla D.E.	30	17	271	246	1	1	588	684	17	27	1771	2056
Bogotá D.C.	80	79	606	722	0	0	906	1030	25	28	21795	21332
Bolívar	32	17	213	198	2	3	139	150	3	2	1650	1682
Boyacá	16	6	70	63	0	1	124	163	2	2	3032	2969
Buenaventura D.E.	15	10	101	91	0	0	116	147	5	6	248	202
Caldas	14	8	96	109	0	0	230	230	3	4	2147	2347
Santiago de Cali D.E.	19	22	321	450	0	0	1054	1017	35	34	5204	4301
Caquetá	6	4	58	62	0	0	179	206	5	7	757	692
Cartagena de Indias D.T.	49	26	245	289	0	0	307	397	4	7	1032	1329
Casanare	29	18	99	123	0	0	111	142	4	4	613	784
Cauca	16	8	129	158	0	1	211	198	2	1	2329	2347
Cesar	28	19	225	196	1	0	311	347	3	8	1394	1523
Chocó	36	24	171	149	0	0	161	170	2	0	303	373
Córdoba	20	15	213	192	2	0	199	225	5	2	2389	2407
Cundinamarca	46	28	271	342	0	0	372	473	10	12	9786	10520
Guainía	5	6	13	10	0	0	16	16	0	0	145	136
Guaviare	4	2	17	12	0	0	28	41	1	0	212	304
Huila	11	11	106	132	0	1	304	327	6	5	4229	4480
La Guajira	43	28	268	216	0	0	388	548	5	8	964	1047
Magdalena	22	9	163	172	1	0	126	151	2	5	976	992
Meta	34	59	174	229	0	0	470	508	16	19	1737	1863
Nariño	10	10	156	165	0	1	130	187	4	6	3126	3530
Norte de Santander	62	25	343	312	0	0	516	661	11	11	2710	2972
Putumayo	3	5	66	62	0	1	78	86	3	0	975	1196
Quindío	8	8	66	66	0	0	197	218	3	6	1825	1741
Risaralda	21	9	125	138	0	2	443	498	16	7	2542	2480
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	6	6	0	0	8	12	0	1	166	174
Santa Marta D.T.	13	9	89	154	0	0	191	242	3	1	477	433
Santander	48	19	301	322	0	0	776	963	18	14	4402	4881
Sucre	12	12	142	121	0	2	74	70	1	2	1253	1269
Tolima	16	16	113	135	0	1	402	528	10	13	2230	2438
Valle del Cauca	25	20	224	290	0	0	512	719	14	18	5026	4985
Vaupés	1	2	3	5	0	0	14	17	0	0	202	309
Vichada	5	5	26	29	0	0	23	19	0	0	180	178
Total nacional	962	674	6.716	7.310	9	16	12.770	15.357	336	378	106.683	105.917



Semana epidemiológica 35

30 de agosto al 5 de septiembre de 2026

TEMA CENTRAL

Intento de suicidio e Intoxicaciones agudas por sustancias químicas

Directora General INS

Dra. Zulma Milena Cucunubá Pérez

Expertos temáticos

Claudia Marcella Huguett Aragón

Directora (E) de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Greace Alejandra Ávila Mellizo

Subdirectora de Vigilancia, Control y Prevención

Luis Carlos Gómez Ortega

Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co

BES

Boletín Epidemiológico Semanal



Boletín Epidemiológico Semanal

Autoras: tema central: Yalena Mosquera Bahamón, Alejandra del Pilar Díaz Gómez. **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, Yenny Marcela Elizalde, Natalí Paola Cortés, Germán Ernesto Torres, Nieves Johana Agudelo Chivata, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Lady Alexandra Castillo Vargas. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Luis Carlos Gómez Ortega. **Corrector de estilo:** María Fernanda Campos Maya. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza Criollo.

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

52 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.35>