

Fiebre tifoidea y paratifoidea

Fiebre tifoidea: una enfermedad del agua que aún nos desafía. Vigilancia epidemiológica, prevención y respuesta territorial, pilares para prevenir la fiebre tifoidea y proteger la salud pública.

Semana
epidemiológica

26

28 de junio al 04 de julio de 2026

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

	Situación nacional	9
	Mortalidad	12
	Eventos trazadores	19
	Brotes y alertas	39
	Tablas de mando por departamento	44



TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia

Julián Andrés Delgadillo Páez, jdelgadillo@ins.gov.co

Introducción

La fiebre tifoidea y la fiebre paratifoidea son enfermedades bacterianas sistémicas causadas por *Salmonella enterica* serovar *Typhi* y *Salmonella enterica* serovares *Paratyphi* A, B y C. La transmisión ocurre principalmente por vía fecal-oral a través del consumo de agua o alimentos contaminados, así como por contacto con portadores crónicos, quienes constituyen un reservorio importante para el mantenimiento de la transmisión. Clínicamente, estas infecciones se caracterizan por un síndrome febril prolongado acompañado de manifestaciones gastrointestinales y sistémicas que, sin tratamiento oportuno, pueden evolucionar hacia complicaciones graves como hemorragia intestinal, perforación intestinal, choque séptico y muerte (1).

A pesar de los avances en el acceso al agua potable, el saneamiento y la atención en salud, la fiebre tifoidea continúa siendo una enfermedad de importancia para la salud pública mundial. Se estima que cada año ocurren entre 11 y 21 millones de casos y aproximadamente 150 000 muertes, concentrándose la mayor carga en países de ingresos bajos y medianos de Asia Meridional, el Sudeste Asiático y África Subsahariana, donde las condiciones ambientales y sociales favorecen la transmisión sostenida del agente. Estudios poblacionales recientes realizados en Asia y África demuestran que la mayor incidencia se presenta en niños, adolescentes y adultos jóvenes residentes en áreas urbanas densamente pobladas, lo que evidencia la persistencia de importantes inequidades en el acceso a agua segura y saneamiento básico (2,3).

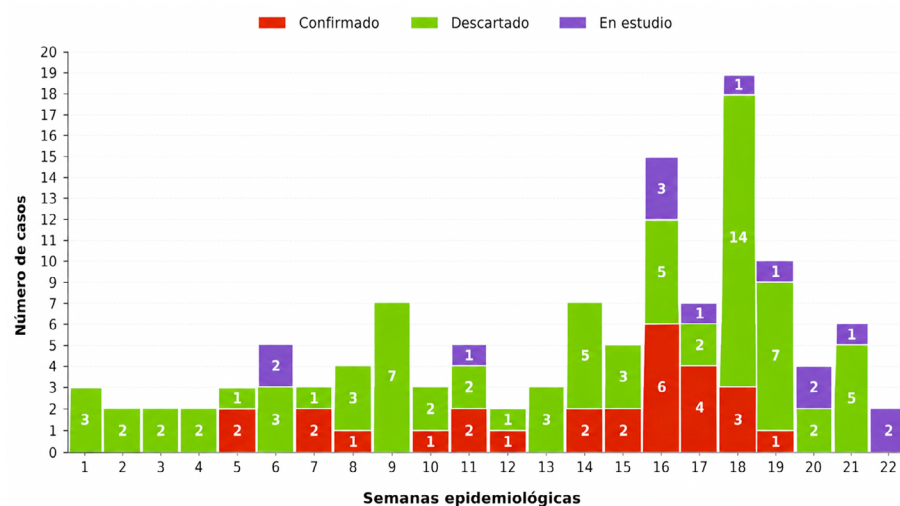
En la última década, el incremento de cepas de *Salmonella Typhi* con resistencia a múltiples antimicrobianos (MDR) y resistencia extensa (XDR) ha modificado el panorama epidemiológico de la enfermedad. La expansión internacional de estas cepas ha reducido las alternativas terapéuticas disponibles y representa una amenaza creciente para el control de la fiebre tifoidea, especialmente en regiones donde la capacidad diagnóstica y la vigilancia microbiológica son limitadas. Esta situación ha impulsado el fortalecimiento de la vigilancia integrada entre los sistemas epidemiológicos y los laboratorios de salud pública, así como el monitoreo permanente de la resistencia antimicrobiana (4).

Como respuesta a este escenario, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una estrategia integral basada en intervenciones de agua, saneamiento e higiene (WASH), fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio, uso racional de antimicrobianos e introducción de vacunas conjugadas contra fiebre tifoidea (*Typhoid Conjugate Vaccine*, TCV) en países

con alta incidencia o elevada circulación de cepas resistentes. Con base en las estimaciones del *Global Burden of Disease 2019*, la OMS priorizó 44 países y estados libremente asociados para la introducción programática de la vacuna, considerando no solo la magnitud de la incidencia, sino también la presencia de resistencia antimicrobiana, la ocurrencia de brotes y la disponibilidad de mecanismos internacionales de financiamiento (5).

En Colombia, entre 2020 y 2025 la fiebre tifoidea y paratifoidea mostró un comportamiento estable y de baja frecuencia, con un promedio semanal de 1,4 casos notificados (Sivigila, código 320). Para 2026, con corte a la semana epidemiológica 22 (datos preliminares), se han notificado 116 casos, de los cuales 26 fueron confirmados, manteniéndose la transmisión activa del evento en el país (figura 1).

Figura 1. Comportamiento de la notificación de fiebre tifoidea, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2026p

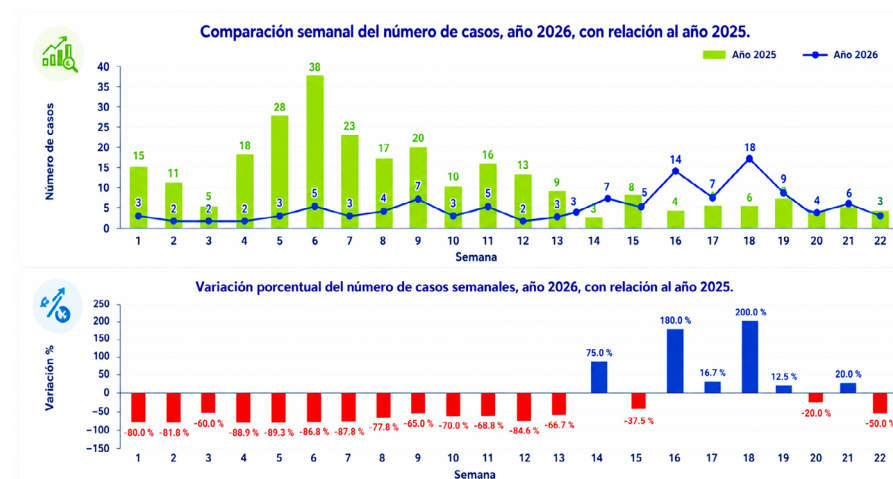


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, base evento 320, a semana epidemiológica 22 de 2026 (datos preliminares).
p: datos preliminares

Al comparar el comportamiento semanal de 2026 con el registrado en 2025, se observó que durante las primeras 13 semanas epidemiológicas el número de casos fue sistemáticamente inferior al del año anterior, con variaciones porcentuales entre -60,0 % y -89,3 %. Sin embargo, a partir de la semana epidemiológica 14

se registró un cambio de tendencia, con incrementos de hasta 200,0 % en la semana epidemiológica 18 (18 casos en 2026 frente a 6 en 2025) y de 180,0 % en la semana epidemiológica 16 (14 casos frente a 5), seguidos de un descenso hacia las semanas epidemiológicas 20 a 22. Este cambio de tendencia coincide con el periodo de mayor notificación identificado en la figura 2.

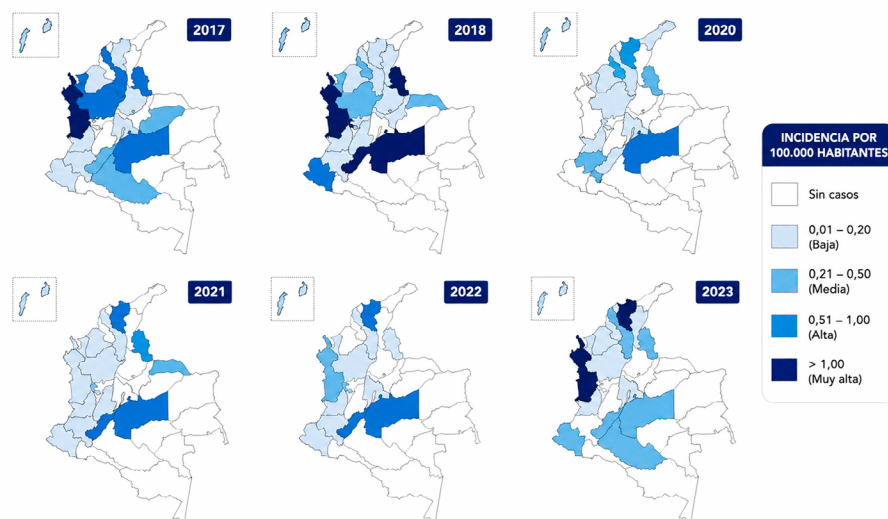
Figura 2. Comparación semanal del número de casos y variación porcentual de fiebre tifoidea, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2025-2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, base del evento 320, 2025-2026 (datos preliminares).
p: datos preliminares

La incidencia de fiebre tifoidea muestra un patrón focalizado en el occidente y suroccidente del país (Pacífico y región Andina), con la mayor intensidad en 2017 y 2018, cuando varios departamentos superaron un (1) caso por 100 000 habitantes. (categoría muy alta). A partir de 2020 se observa un descenso generalizado de la incidencia y un aumento de territorios sin notificación, coincidente con el periodo de la pandemia de COVID-19; en 2023 reaparecen focos de incidencia muy alta en el Pacífico (mapa 1).

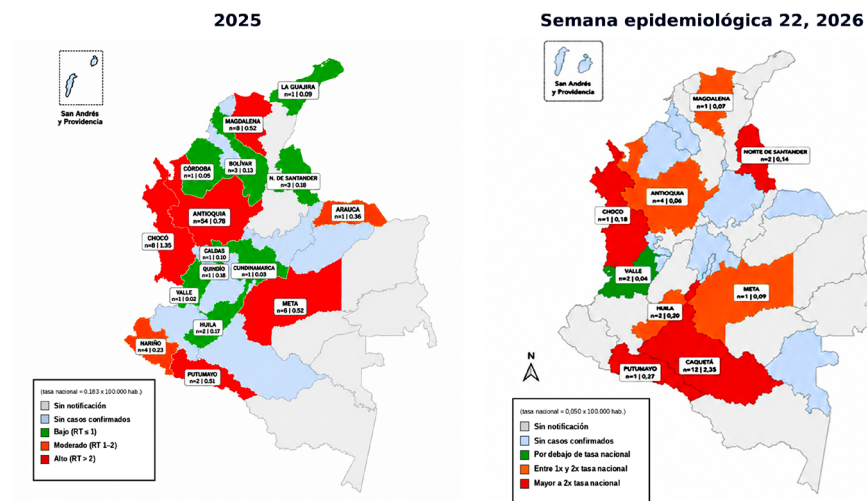
Mapa 1. Incidencia territorial de fiebre tifoidea, Colombia, 2017-2023



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, base del evento 320, 2017-2023.

La distribución territorial evidenció un desplazamiento del patrón geográfico entre periodos. En 2025 (tasa nacional 0,183 por 100 000 habitantes.) la mayor carga se concentró en Antioquia (54) y las incidencias más altas en Chocó (1,35) y Antioquia (0,78). Para 2026, con corte a la semana epidemiológica 22 (tasa nacional 0,050 por 100 000 habitantes.), Caquetá emergió como el territorio de mayor carga con 12 casos e incidencia (2,35), consistente con el brote activo en Curillo, seguido de Putumayo (0,27) y Huila (0,20). En contraste, Antioquia redujo drásticamente su notificación (4 casos; tasa: 0,06), lo que sugiere una relocalización de la transmisión activa hacia el suroccidente y la Amazonía (mapa 2).

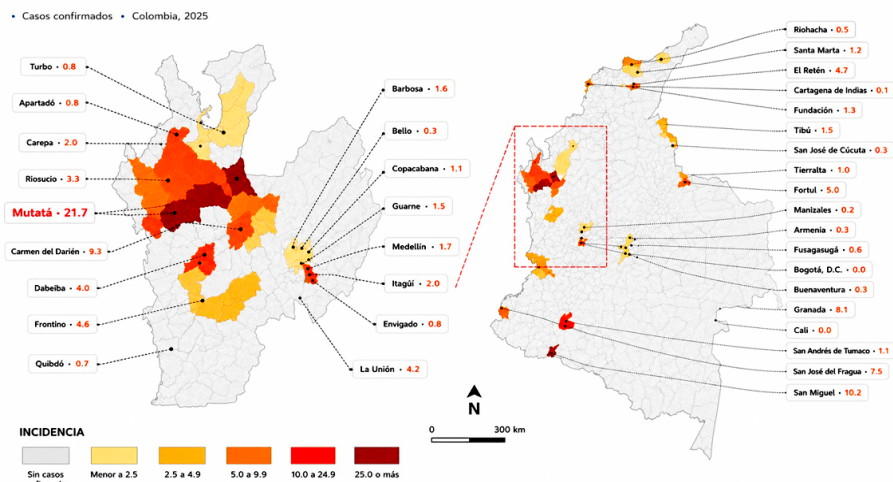
Mapa 2. Incidencia territorial de fiebre tifoidea, Colombia, 2025 y 2026 a semana epidemiológica p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, base del evento 320, 2025-2026 p: datos preliminares

El análisis a nivel municipal permite identificar de forma más precisa los focos de transmisión que el nivel departamental puede diluir. En 2025, la mayor incidencia municipal se registró en Mutatá (Antioquia; 3 casos; 21,7 por 100 000 habitantes), seguido de San Miguel (Putumayo; 2 casos; 10,2) y Carmen del Darién (Chocó; 2 casos; 9,3); en términos de volumen absoluto, Medellín concentró el mayor número de casos (42), aunque con una incidencia baja (1,7) dado su tamaño poblacional (mapa 3).

Mapa 3. Incidencia de fiebre tifoidea por municipio, Colombia, 2025

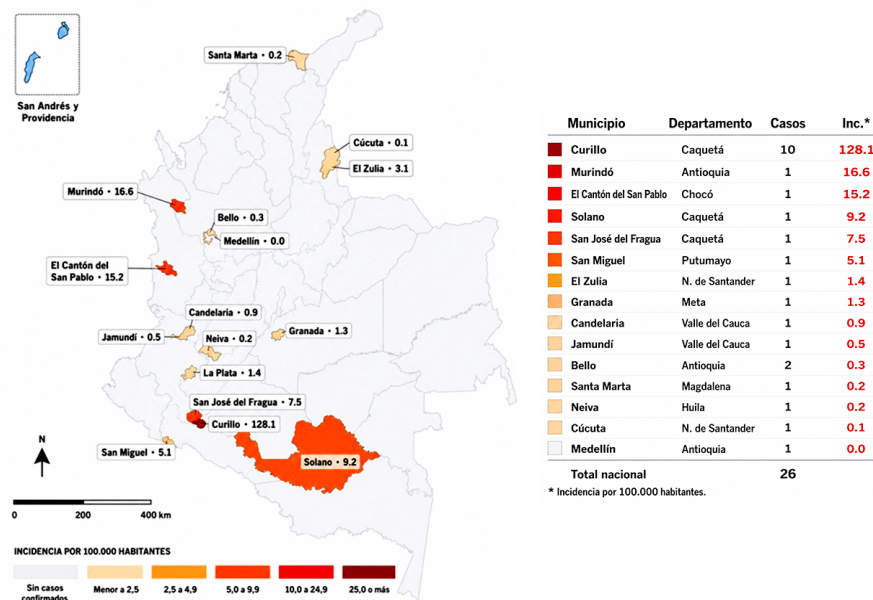


*Incidencia por 100 000 habitantes

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases del evento 320, 2025

Para 2026, con corte a la semana epidemiológica 22, el panorama municipal cambió de forma marcada: Curillo (Caquetá) concentró 10 de los 26 casos confirmados en el país, con una incidencia de 128,1 por 100 000 habitantes. Esta fue la incidencia más alta registrada, muy por encima de la observada en Murindó (Antioquia), el segundo municipio con mayor incidencia (16,6 por 100 000 habitantes), y del valor máximo registrado durante 2025, correspondiente a Mutatá (Antioquia), con 21,7 casos por 100 000 habitantes. Este hallazgo es consistente con el brote de fuente común identificado en una institución educativa de Curillo, y evidencia que la señal de alerta municipal es considerablemente más sensible que el agregado departamental o nacional para detectar este tipo de eventos localizados (mapa 4).

Mapa 4. Incidencia municipal de fiebre tifoidea, Colombia, semana epidemiológica 22 de 2026 p



*Incidencia por 100 000 habitantes

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, bases del evento 320, 2026p. p: datos preliminares

A semana epidemiológica 22 de 2026, se confirmaron 26 casos de fiebre tifoidea, frente a 63 casos confirmados en el mismo periodo de 2025. La distribución por sexo mostró un incremento relativo en la proporción de casos masculinos (61,5 % en 2026 frente a 50,8 % en 2025), y por grupo de edad se observó una reducción en la adultez de 29 a 59 años (30,8 % frente a 47,6 %) y un aumento en la adolescencia de 12 a 17 años (26,9 % frente a 6,3 %). El régimen subsidiado se mantuvo como el más frecuente, con un incremento frente al régimen contributivo (53,8 % frente a 30,8 %, variación porcentual del 10,9 %). La proporción de casos hospitalizados descendió de 92,1 % en 2025 a 73,1 % en 2026, mientras que la condición final “muerto” se registró en el 3,8 % (1 caso) de los casos confirmados en 2026, frente al 3,2 % (2 casos) en 2025 (tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los casos confirmados de fiebre tifoidea, Colombia, semana epidemiológica 22, 2025-2026p

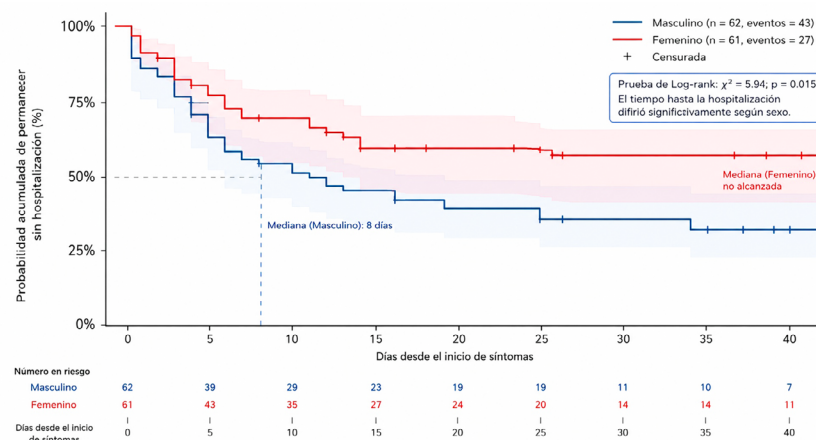
Variable	Categoría	2025 (n=63)		2026 (n=26)		Variación porcentual
		casos	%	casos	%	
Edad	Primera infancia (0-5 años)	4	6,30%	3	11,50%	↑ 5,2
	Infancia (6-11 años)	6	9,50%	2	7,70%	↓ -1,8
	Adolescencia (12-17 años)	4	6,30%	7	26,90%	↑ 20,6
	Juventud (18-28 años)	11	17,50%	5	19,20%	↑ 1,7
	Adultez (29-59 años)	30	47,60%	8	30,80%	↓ -16,8
	Vejez (60+ años)	8	12,70%	1	3,80%	↓ -8,9
Sexo	Masculino	32	50,80%	16	61,50%	↑ 10,7
	Femenino	31	49,20%	10	38,50%	↓ -10,7
Pertenencia étnica	Indígena	1	1,60%	1	3,80%	↑ 2,2
	Afrocolombiano	3	4,80%	2	7,70%	↑ 2,9
	ROM / Gitano	0	0,00%	0	0,00%	—
	Raizal	0	0,00%	0	0,00%	—
	Palenquero	0	0,00%	0	0,00%	—
	Otro / Sin pertenencia	59	93,70%	23	88,50%	↓ -5,2
Régimen de seguridad social en salud	Contributivo	31	49,20%	8	30,80%	↓ -18,4
	Subsidiado	27	42,90%	14	53,80%	↑ 10,9
	Excepción	4	6,30%	4	15,40%	↑ 9,1
	Especial	0	0,00%	0	0,00%	—
	No asegurado	1	1,60%	0	0,00%	↓ -1,6
Área de procedencia del caso	Cabecera municipal	46	73,00%	12	46,20%	↓ -26,8
	Centro poblado	6	9,50%	5	19,20%	↑ 9,7
	Rural disperso	11	17,50%	9	34,60%	↑ 17,1
Hospitalización	Sí	58	92,10%	19	73,10%	↓ -19,0
	No	5	7,90%	7	26,90%	↑ 19,0
Condición final	Vivo	61	96,80%	25	96,20%	↓ -0,6
	Muerto	2	3,20%	1	3,80%	↑ 0,6

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, base evento 320, a semana epidemiológica 22 de 2025-2026, datos preliminares

p:datos preliminares n: casos confirmados

El análisis del tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la hospitalización, mediante el método de Kaplan-Meier, en los casos notificados en 2026, se evidenciaron diferencias significativas según sexo (prueba de log-rank: $\chi^2 = 5,94$; $p = 0,015$). Los hombres ($n=62$; 43 hospitalizaciones) presentaron una mediana de tiempo a la hospitalización de ocho días desde el inicio de síntomas, mientras que en las mujeres ($n=61$; 27 hospitalizaciones) la mediana no fue alcanzada durante el periodo de seguimiento, lo que indica una probabilidad acumulada de permanecer sin hospitalización consistentemente mayor en el sexo femenino. Esta diferencia sugiere un curso clínico más rápido hacia la hospitalización en los hombres, lo que podría relacionarse con mayor gravedad al momento de la consulta o con patrones diferenciales de acceso a los servicios de salud, aspectos que ameritan profundizar en el análisis clínico y de oportunidad de atención (figura 3).

Figura 3. Análisis de Kaplan-Meier del tiempo a hospitalización según sexo en casos notificados de fiebre tifoidea, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2026p

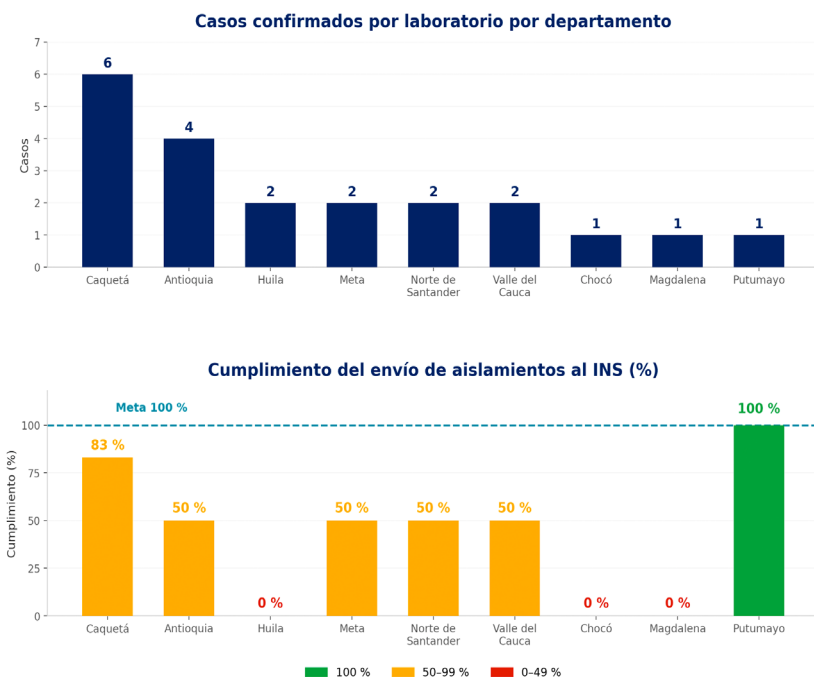


P: datos preliminares

A semana epidemiológica 22 de 2026 de los 26 casos, se identificaron 21 casos confirmados por laboratorio de fiebre tifoidea y paratifoidea, con una remisión efectiva de aislamientos al INS del 52,0 % (11 de 21), por debajo de la meta institucional del 100,0 %. Caquetá concentró la mayor carga seis (6 casos) con un cumplimiento del 83,0 %, mientras que Putumayo alcanzó el 100,0 %. Antioquia, Meta, Norte de Santander y Valle del Cauca reportaron cumplimientos del 50 %, y Huila, Chocó y Magdalena no remitieron ningún aislamiento (0,0 %) (figura 4).

Figura 4. Aislamientos remitidos al laboratorio nacional de referencia y cumplimiento del envío por las entidades territoriales, fiebre tifoidea, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2026p

Cumplimiento nacional: 52 % (11 de 21 casos confirmados por laboratorio remitieron aislamiento)



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, base evento 320, a semana epidemiológica 22 de 2026 (datos preliminares).

INS: Instituto Nacional de Salud, p: datos preliminares

Conclusiones

- En comparación con 2025, la notificación aumentó hasta un 200,0 % durante las semanas epidemiológicas 14 a 19 de 2026, comportamiento asociado al brote ocurrido en Curillo (Caquetá).
- Entre 2017 y 2023, las mayores incidencias se concentraron en departamentos del Pacífico colombiano, principalmente Chocó, evidenciando la persistencia de territorios con mayor riesgo de transmisión.

- A la semana epidemiológica 22 de 2026, Caquetá presentó la mayor incidencia departamental por 100 000 habitantes (128,1), seguido de Chocó (15,2), Meta (9,2), Putumayo (5,1) y Norte de Santander (1,4); lo que evidencia una distribución focalizada del evento.
- Durante 2026 predominó la afectación en adolescentes (12-17 años) y adultos jóvenes (18-28 años), con mayor frecuencia en hombres y residentes de áreas rurales dispersas.
- Los hombres presentaron una hospitalización más temprana (mediana: 8 días) que las mujeres. Las diferencias entre las curvas fueron estadísticamente significativas (Log-rank: $\chi^2 = 5,94$; $p = 0,015$).
- El cumplimiento nacional en el envío de aislamientos al INS fue del 21 casos confirmados por laboratorio de fiebre tifoidea y paratifoidea, con una remisión efectiva de aislamientos al INS del 52,0 % (11 de 21), por debajo de la meta institucional del 100,0 %. Caquetá concentró la mayor carga seis (6 casos) con un cumplimiento del 83,0 %, mientras que Putumayo alcanzó el 100,0 %. Antioquia, Meta, Norte de Santander y Valle del Cauca reportaron cumplimientos del 50 %, y Huila, Chocó y Magdalena no remitieron ningún aislamiento (0,0 %), lo que evidencia la necesidad de fortalecer la vigilancia por laboratorio de *Salmonella Typhi*.

Recomendaciones

- Equipos de vigilancia en salud pública de las entidades territoriales y UPGD: fortalecer la notificación oportuna y la calidad del dato de los casos de fiebre tifoidea y paratifoidea en el Sivigila, con énfasis en los departamentos que mostraron incremento reciente de la incidencia (Caquetá, Huila y Norte de Santander).
- Equipos funcionales de fiebre tifoidea en las entidades territoriales de salud: fortalecer las intervenciones de agua, saneamiento e higiene (WASH) en los territorios de mayor transmisión, así como la vigilancia de laboratorio y el monitoreo de la resistencia antimicrobiana de *Salmonella Typhi*, conforme a las recomendaciones de la OMS.
- Instituciones Prestadoras de Servicios y Empresas Administradores Planes de Beneficio: fortalecer la sospecha clínica y la oportunidad diagnóstica de la fiebre tifoidea, con atención particular a la diferencia observada en el tiempo a la hospitalización según sexo, y garantizar el tratamiento oportuno

y la toma de los coprocultivos seriados interdiarios, para reducir el riesgo de complicaciones graves.

- Tomadores de decisión del nivel nacional: considerar la introducción programática de la vacuna conjugada contra fiebre tifoidea (TCV) en los territorios de alta incidencia o elevada circulación de cepas resistentes, en el marco de las prioridades definidas por la OMS.

Referencias

1. World Health Organization. Typhoid and other invasive salmonellosis [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2018 [citado 2026 jul 3]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/vpd_surveillance/vpd-surveillance-standards-publication/who-surveillancevaccinepreventable-21-typhoid-r2.pdf
2. Garrett DO, Longley AT, Aiemjoy K, Baker S, Park SE, Shakya M, et al. Incidence of typhoid and paratyphoid fever in Bangladesh, Nepal, and Pakistan: results of the Surveillance for Enteric Fever in Asia Project. Lancet Glob Health. 2022;10(7):e978-88. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00119-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00119-X)
3. Meiring JE, Shakya M, Khanam F, Voysey M, Phillips MT, Tonks S, et al.; STRATAA Study Group. Burden of enteric fever at three urban sites in Africa and Asia: a multicentre population-based study. Lancet Glob Health. 2021;9(12):e1688-96. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00370-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00370-3)
4. Marchello CS, Carr SD, Crump JA. A systematic review on antimicrobial resistance among Salmonella Typhi worldwide. Am J Trop Med Hyg. 2020;103(6):2518-27. Disponible en: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0258>
5. World Health Organization. Typhoid vaccines: WHO position paper, March 2018 - Recommendations. Vaccine. 2019;37(2):214-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.04.022>



SITUACIÓN NACIONAL

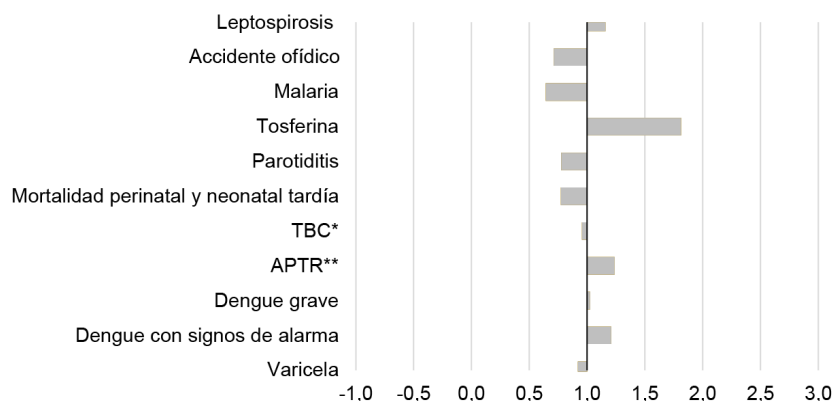
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 26 de 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 5).

Figura 5. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 26 de 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 de su comportamiento histórico de la notificación (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 26 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	96 053	95 019	0,47	0,64

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 26 del 2026 el evento zika se encontró por encima de lo esperado mientras que el evento leishmaniasis cutánea, mortalidad por dengue y fiebre tifoidea y paratifoidea se encontró por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	6	1	0,01
Leishmaniasis cutánea	6	75	0,00
Mortalidad por dengue	0	5	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,00
Lepra	3	3	0,22
Chikunguña	2	1	0,27
Leishmaniasis mucosa	1	2	0,37

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 26 de 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

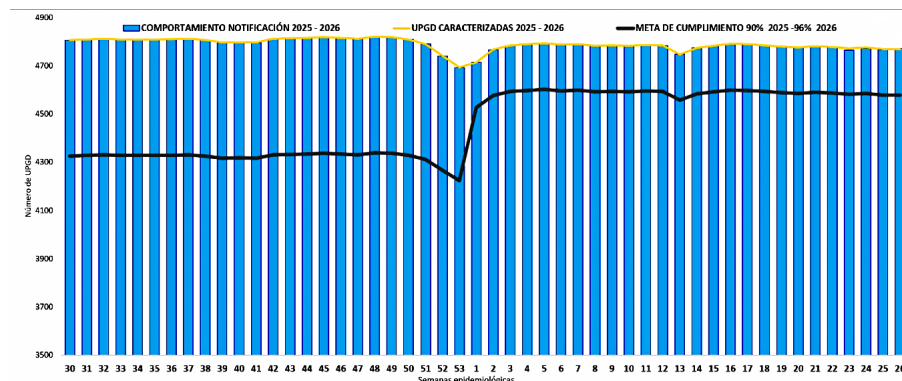
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 122 /1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con respecto a la semana 26 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 99,92 % (4 766 / 4 769); observando un aumento del 0,02 % con respecto a la semana anterior y con una disminución de 0,08% con respecto a la semana 26 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

En relación con el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 26 de 2026, a nivel nacional se detectó que el 0,08 % de las UPGD caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico, estas corresponden a UPGD de las entidades territoriales de Barranquilla (1), Cauca (1), Cundinamarca (1) y Sucre (1).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el periodo 2025-2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4577 UPGD en la semana analizada (figura 10).

Figura 6. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 26 de 2026



Fuente: Sívigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026.
UPGD: Unidades Primarias Generadoras de Datos

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados



MORTALIDAD

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 26 del 2026, se han notificado 330 muertes probables en menores de cinco años, siete (7) casos de infección respiratoria aguda (IRA), uno (1) de desnutrición aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 321 casos notificados de residentes en Colombia, 198 fueron por IRA, 63 por desnutrición (DNT) aguda y 60 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 133 fueron confirmados, 59 descartados y 129 se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 26 2026			Casos en estudio a SE 26 2026			Tasa a SE 26 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	32	72	29	25	84	20	0,88	1,98	0,80
Antioquia	2	8	0	3	14	2	0,48	1,91	0,00
Arauca	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00	4,30
Atlántico	0	2	0	0	0	0	0,00	1,69	0,00
Barranquilla	0	3	0	1	1	1	0,00	3,71	0,00
Bogotá, D.C.	0	6	0	0	10	1	0,00	1,41	0,00
Bolívar	2	4	0	1	2	0	1,83	3,66	0,00
Boyacá	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	1	1	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	0	0	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	2	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	1	1	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	1	1	1	2	0	0,00	0,82	0,82
Cesar	2	4	2	4	4	1	1,49	2,98	1,49
Chocó	10	10	7	7	6	4	15,46	15,46	10,82
Córdoba	1	3	0	0	6	0	0,59	1,77	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	5	0	0,00	0,88	0,00
Huila	0	1	1	0	2	0	0,00	0,95	0,95
La Guajira	9	4	5	3	10	4	8,06	3,58	4,48
Magdalena	0	2	3	0	0	0	0,00	2,23	3,34
Meta	0	3	0	0	3	3	0,00	3,52	0,00
Nariño	0	4	2	0	1	0	0,00	3,20	1,60
Norte de Santander	0	3	0	0	0	0	0,00	2,61	0,00
Putumayo	1	0	1	0	0	1	2,99	0,00	2,99
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	2	2	0	3	0	0,00	3,39	3,39
Santa Marta	1	0	1	0	0	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	1	1	0	2	0	0,00	0,66	0,66
Sucre	0	1	0	0	0	1	0,00	1,15	0,00
Tolima	0	1	0	1	3	1	0,00	1,09	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	1	1	0	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	4	0	0	2	3	0	23,54	0,00	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026 preliminares. SE: semana epidemiológica
Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.

Nota: las entidades territoriales que no registraron casos a SE 26 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 26 del 2026 se han notificado 198 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 38 confirmadas por laboratorio, 34 confirmadas por clínica, 42 descartadas, y 84 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,98 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 26 fueron 143, para una tasa de mortalidad de 3,88 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 26 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá D.C, Santiago de Cali, Casanare, Cesar, Córdoba, La Guajira y Valle del Cauca y, a nivel municipal, en Dabeiba, Valledupar y Puerto Gaitán. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 26 de 2026 son *Bordetella pertussis*, *Rhinovirus* y *Enterovirus* entre otros (tabla 5).

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 26, 2025-2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Bordetella pertussis</i>	7	0	0	0	0	7	13	0	0	0	0	13
<i>Rhinovirus</i>	8	2	5	1	0	16	8	1	1	2	1	13
<i>Enterovirus</i>	7	1	2	1	0	11	3	1	0	2	1	7
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	2	1	1	0	6	3	1	0	1	1	6
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	2	1	2	0	0	5	6	0	0	0	0	6
<i>Haemophilus influenzae B</i>	6	4	0	1	0	11	3	1	0	1	0	5
<i>Staphylococcus aureus</i>	6	1	1	0	0	8	5	0	0	0	0	5
<i>Adenovirus</i>	3	0	1	1	1	6	1	0	0	2	0	3
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	3
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	3	1	0	0	6	2	0	0	0	1	3
<i>Parainfluenza tipo 1</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
<i>SARS-CoV2</i>	3	1	0	1	0	5	1	0	0	0	0	1
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A</i>	2	0	2	1	0	5	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza B</i>	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	55	19	16	7	1	98	51	5	2	9	4	71

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 26 de 2026 se han notificado 63 muertes probables por DNT aguda en menores de cinco años residentes en Colombia, 32 confirmadas, seis (6) descartadas y 25 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,88 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 26 fue de 88, para una tasa de mortalidad de 2,39 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 26 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, La Guajira, Magdalena, Meta y Risaralda, y a nivel municipal en Medio Baudó, Riohacha, Maicao, Uribe, Ciénaga y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 26 de 2026 se han notificado 60 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 27 confirmadas por clínica, dos (2) confirmada por laboratorio, 11 descartadas y 20 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,80 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 26 fue de 42 para una tasa de mortalidad de 1,14 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 26 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de La Guajira y Risaralda, y a nivel municipal, en Bagadó y Uribe. 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 26 de 2026 se notificaron al Sivigila cinco (5) casos de muertes maternas tardías. El país acumula 70 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 66 residen en territorio colombiano y cuatro (4) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 6).

Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 26, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	133	72	39	244
2024	101	68	27	196
2025	89	79	25	193
2026p	66	54	24	144

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 23 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá D.C., Antioquia, La Guajira, Cartagena de Indias, Cesar, Chocó, Cundinamarca y Nariño. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, en Atlántico, Bolívar, Córdoba y Norte de Santander, sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 7).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Yondó (Antioquia), El Banco (Magdalena) y Fresno (Tolima); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 26 de 2026, el 60,6 % corresponde a causas directas y el 30,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 22,7 % (tabla 9).

Tabla 7. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 26	Acumulado de casos a SE 26	
		2025	2026
Colombia	114	89	66
Bogotá, D.C.	10	10	10
Antioquia	12	10	7
La Guajira	9	8	6
Cartagena de Indias	3	1	4
Cesar	7	9	4
Chocó	6	4	4
Cundinamarca	6	5	4
Nariño	6	4	4
Caquetá	2	1	3
Magdalena	3	0	3
Cauca	5	1	2
Risaralda	3	3	2
Sucre	2	1	2
Tolima	3	2	2
Boyacá	2	1	1
Santiago de Cali	3	3	1
Casanare	1	3	1
Huila	3	2	1
Meta	2	1	1
Quindío	1	1	1
Santa Marta	2	0	1
Valle del Cauca	2	2	1
Vichada	1	1	1
Arauca	1	0	0
Atlántico	3	2	0
Barranquilla	2	2	0
Bolívar	4	2	0
Buenaventura	1	0	0
Córdoba	4	4	0
Guainía	1	2	0
Norte de Santander	4	2	0
Putumayo	1	0	0
Santander	2	2	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2024, datos preliminares 2025 - 2026.
SE: semana epidemiológica

Tabla 8. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 26 de 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 26	Valor observado SE 26
Colombia	114	66
Yondó (Antioquia)	0	1*
El Banco (Magdalena)	0	1*
Fresno (Tolima)	0	1*

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2024, datos preliminares 2025-2026.
SE: semana epidemiológica.

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

Tabla 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 26	Número de casos y proporción a SE 26 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	95	101	100	89	100	66	100
DIRECTA	62	64	63,4	60	67,4	40	60,6
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	20	21	20,8	19	21,3	15	22,7
Hemorragia obstétrica	19	20	19,8	18	20,2	8	12,1
Evento tromboembólico como causa básica	6	6	5,9	6	6,7	5	7,6
Sepsis obstétrica	6	5	5,0	6	6,7	4	6,1
Embarazo ectópico	5	4	4,0	5	5,6	3	4,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	4,0	4	4,5	2	3,0
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	3,0	2	2,2	1	1,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento tromboembólico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
Otras causas directas	1	1	1,0	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	31	35	34,7	27	30,3	20	30,3
Otras causas indirectas	10	14	13,9	6	6,7	12	18,2
Otras causas indirectas: neumonía	6	5	5,0	7	7,9	3	4,5
Sepsis no obstétrica	6	4	4,0	7	7,9	3	4,5
Otras causas indirectas: cáncer	4	5	5,0	3	3,4	2	3,0
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	2,2	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	2,0	2	2,2	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	4	4,0	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	1,1	0	0,0
En estudio	2	2	2,0	1	1,1	6	9,1

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470ccc_2#:~:text=ICD%2DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%2DPM

A semana epidemiológica 26 del 2026 se han notificado 3 088 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 058 corresponden a residentes en Colombia y 30 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, La Guajira y Córdoba. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 26 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Casanare, Putumayo, Guaviare y San Andrés y Providencia (tabla 10).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento estadísticamente significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Riohacha (La Guajira), Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Tunja (Boyacá), Dosquebradas (Risaralda), Itagüí (Antioquia), Santander de Quilichao (Cauca), Granada (Meta), Girón (Santander), La Estrella (Antioquia), Piedecuesta (Santander), Arauquita (Arauca), Alto Baudó (Chocó), San Juan de Urabá (Antioquia), Roberto Payán (Nariño), Simití (Bolívar), Isnos (Huila), Caldas (Antioquia), Quimbaya (Quindío), Peñol (Antioquia), Cicuco (Bolívar), Zambrano (Bolívar), Paipa (Boyacá), Jambaló (Cauca), Bahía Solano (Chocó), Tolú Viejo (Sucre), Guamo (Tolima) y Restrepo (Valle del Cauca) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,3 %, seguido de neonatales tempranas con 28,1 %, neonatales tardías con 18,0 %, y las fetales intraparto con 11,6 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 25,5 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,0 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,6 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 26 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.

17

Tabla 10. Número de casos, razón y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 26	Acumulado de casos a SE 26	
		2025	2026
Colombia	3 741	2 785	3 058
Bogotá, D.C.	393	305	373
Antioquia	425	333	372
Cundinamarca	206	182	192
La Guajira	199	131	140
Córdoba	190	122	130
Santiago de Cali	147	127	124
Cesar	131	107	109
Barranquilla	133	77	106
Bolívar	113	86	101
Cauca	120	71	97
Santander	114	75	95
Huila	90	61	90
Nariño	104	106	90
Norte de Santander	109	69	86
Valle del Cauca	108	89	83
Cartagena de Indias	119	73	82
Chocó	93	55	76
Meta	90	91	72
Sucre	92	52	65
Atlántico	112	66	60
Magdalena	95	76	58
Tolima	76	53	57
Boyacá	71	61	54
Risaralda	56	40	49
Caldas	50	45	47
Santa Marta	45	28	41
Quindío	29	19	33
Arauca	32	14	31
Buenaventura	40	37	30
Caquetá	33	23	28
Casanare	39	34	21
Vichada	19	18	21
Putumayo	30	21	19
Guainía	10	9	13
Amazonas	9	10	5
Vaupés	7	4	4
Guaviare	8	7	2
San Andrés y Providencia	6	8	2

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

Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 26 2021 - 2025	Valor observado a SE 26 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	3 741	3 058	-
Riohacha (La Guajira)	44	49	1
Manaure (La Guajira)	17	26	9
Cumaribo (Vichada)	12	19	8
Tunja (Boyacá)	9	17	23
Dosquebradas (Risaralda)	11	17	17
Itagüí (Antioquia)	11	15	7
Santander de Quilichao (Cauca)	11	15	3
Granada (Meta)	6	13	21
Girón (Santander)	9	13	11
La Estrella (Antioquia)	3	10	11
Piedecuesta (Santander)	6	10	2
Araucita (Arauca)	5	9	6
Alto Baudó (Chocó)	2	9	13
San Juan de Urabá (Antioquia)	3	7	1
Roberto Payán (Nariño)	1	7	4
Simití (Bolívar)	3	6	3
Isnos (Huila)	2	6	6
Caldas (Antioquia)	2	5	11
Quimbaya (Quindío)	2	5	2
Peñol (Antioquia)	1	4	9
Cicuco (Bolívar)	1	4	2
Zambrano (Bolívar)	1	4	5
Paipa (Boyacá)	1	4	9

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 26, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 26, 2024 -2026					
	2024 a SE 26	(%)	2025 a SE 26	(%)	2026 a SE 26	(%)
Colombia	3 070	100,0	2785	100,0	3 058	100,0
Asfixia y causas relacionadas	800	26,1	776	27,9	781	25,5
Prematuridad-inmadurez	508	16,5	468	16,8	520	17,0
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	460	15,0	436	15,7	416	13,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	357	11,6	293	10,5	293	9,6
Infecciones	263	8,6	248	8,9	235	7,7
Malformación congénita	278	9,1	235	8,4	228	7,5
Otras causas de muerte	202	6,6	177	6,4	187	6,1
Sin información	0	0,0	0	0,0	176	5,8
Causas no específicas	79	2,6	45	1,6	122	4,0
Trastornos cardiovasculares	93	3,0	79	2,8	67	2,2
Convulsiones y trastornos neurológicos	16	0,5	12	0,4	21	0,7
Lesión de causa externa	14	0,5	16	0,6	12	0,4

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



**EVENTOS
TRAZADORES**

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 26 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

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2026), a nivel nacional, se observó una disminución porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y UCI/UCIM frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2026), sin alcanzar la significancia estadística (variación porcentual inferior -30 %) (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2026 y 23 a 26 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 19 a 22 de 2026	SE 23 a 26 de 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	562 386	480 089	-12,45%	
Hospitalización en sala general	25 164	23 326	-7,30%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 857	2 762	-3,33%	

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 26 del 2026 se notificaron 107 188 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), no se observó incremento en ninguna entidad territorial. Se registró disminución en Amazonas, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Cauca, Cesar, Chocó, Huila, Nariño, Quindío, Tolima, Valle del Cauca y Vichada. Las 30 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento en seis municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 26 de 2026

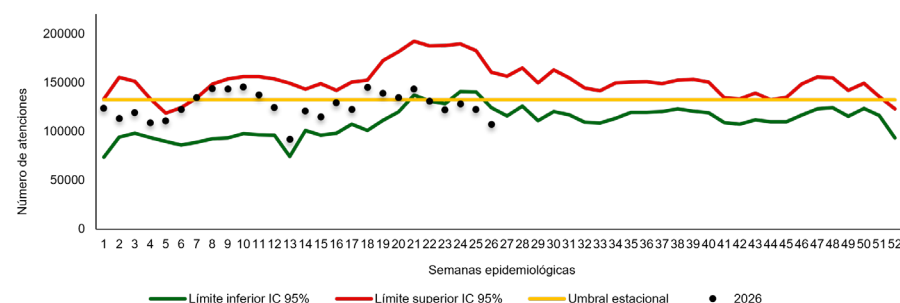
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	31 906	38 662	3 516	7 302
Antioquia	Itagüí	46 333	40 216	6 504	5 807
Atlántico	Soledad	46 011	43 997	7 779	5 638
Cundinamarca	Soacha	44 097	34 302	6 482	4 924
Antioquia	Bello	32 752	37 548	5 789	4 712
La Guajira	Uribe	25 509	26 922	2 777	4 199
Cundinamarca	Chia	30 838	24 009	5 190	3 612
Antioquia	Rionegro	20 133	24 748	2 619	2 947
Risaralda	Dosquebradas	15 434	13 242	1 952	1 899
Cordoba	Lorica	7 849	9 032	1 150	1 860
Valle del Cauca	Palmira	15 273	12 260	2 254	1 848
Santander	Floridablanca	14 287	14 209	2 195	1 818
Boyacá	Sogamoso	10 135	8 613	1 737	1 785
Cordoba	Cerete	9 149	10 978	1 015	1 759
Bolivar	Magangué	10 677	10 228	1 374	1 740
Cundinamarca	Zipaquirá	11 978	10 919	2 160	1 703
Cundinamarca	Madrid	7 230	8 912	1 351	1 692
Antioquia	Envigado	14 035	15 064	2 257	1 648
Boyacá	Duitama	11 319	9 485	2 004	1 564
Santander	Barrancabermeja	16 763	15 437	1 601	1 529
Antioquia	Apartado	9 440	10 438	1 479	1 424
Casanare	Yopal	7 707	6 234	1 530	1 374
Magdalena	Ciénaga	11 146	10 354	1 444	1 350
Antioquia	Turbo	7 819	7 610	1 075	1 310
Cundinamarca	Girardot	11 600	8 064	1 861	1 116
Norte de Santander	Ocaña	8 824	7 571	1 172	993
Valle del Cauca	Buenaventura	3 420	5 289	707	958
Cundinamarca	Facatativá	9 904	7 263	1 967	947
Valle del Cauca	Yumbo	8 231	6 682	1 260	936
Valle del Cauca	Cartago	8 837	6 949	1 446	886
Valle del Cauca	Tuluá	7 369	6 068	1 001	873
Cundinamarca	Funza	8 540	8 547	1 085	826
Huila	Pitalito	7 194	4 518	1 231	825
Cesar	Aguachica	6 179	6 202	1 055	820
Cordoba	Sahagun	12 831	4 880	2 071	819
Cauca	Santander De Quilichao	6 471	4 573	1 124	725
Santander	Piedecuesta	5 269	5 171	565	672
Cundinamarca	Mosquera	3 897	3 265	601	657
Santander	Girón	4 378	4 286	372	489
Atlántico	Malambo	3 430	3 879	606	459
Norte de Santander	Villa Del Rosario	3 799	3 489	571	294
Cauca	Guapi	2 578	1 872	214	192
Nariño	La Florida	411	368	41	39

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (23 a 26 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 25,4 % (122 171) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 17,3 % (83 127). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en los menores de 2 a 4 años con el 12,1 % seguido de los niños de 1 año con el 10,6 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas 06 y 11, manteniéndose dentro de los límites esperados, con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguido de un nuevo incremento entre las semanas 18 y 21 manteniéndose dentro de los límites esperados; con una disminución marcada en semana 22 a 26 situándose por debajo del límite inferior (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 26 de 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

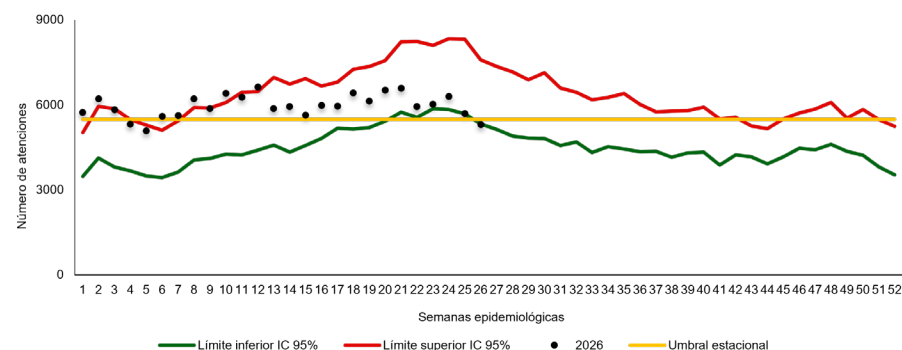
En la semana epidemiológica 26 del 2026 se notificaron 5 306 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Antioquia, Atlántico, Buenaventura, Santiago de Cali, Casanare, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira y Risaralda; aumento en Amazonas, Arauca, Cartagena de Indias, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare y Magdalena. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (23 a 26 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 189) representaron el 34,3 %, seguidos de los menores de 1 año con el 20,8 % (3 760). 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 32,1 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 25,1 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones presentaron una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior en las semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2026; sin embargo, en las semanas epidemiológicas 13 a 24 se registró una disminución, situándose por encima del umbral estacional, con la misma tendencia en semanas 25 y 26 ubicándose sobre el límite inferior (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 26 de 2026

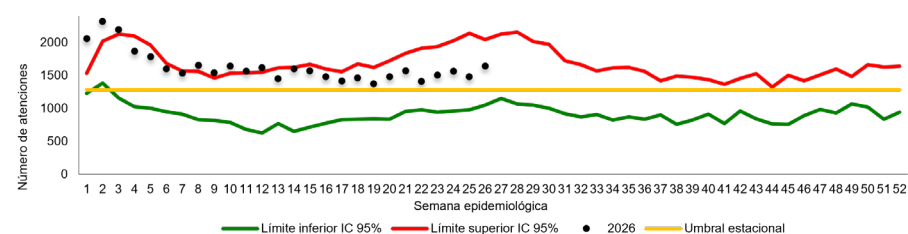


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 26 del 2026, se notificaron 1 642 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 07 a 12 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con descenso en semanas epidemiológicas 13 a 26 de 2026 ubicándose dentro de lo esperado (figura 9).

Figura 9. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 26 de 2026



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

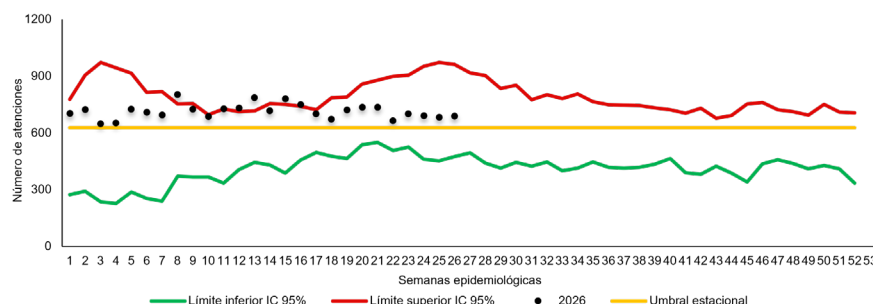
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 26 del 2026 se notificaron 689 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Casanare, Chocó, La Guajira y Valle del Cauca. Se registró disminución en Antioquia, Boyacá, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Norte de Santander, Risaralda, Sucre y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (23 a 26 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 34,1 % (942), seguido de los menores de 1 año con el 23,8 % (659) 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 27,7 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 20,8 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas 08, 11 a 13, 15 y 16, seguidas de un descenso progresivo entre las semanas 17 a 26 (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 26 de 2026

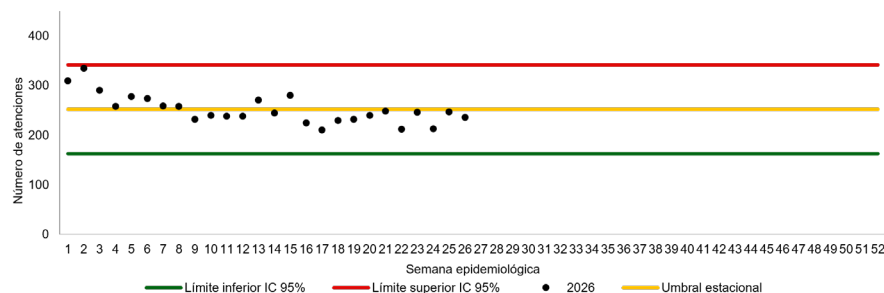


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 26 del 2026, se notificaron 243 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad, las hospitalizaciones se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, 13 y 15 de 2026; no obstante, en las semanas 09 a 12, 14 y 16 a 26 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 11).

Figura 11. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 26 de 2026



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

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en la notificación de atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y en UCI/UCIM respecto al periodo anterior. Los grupos de edad con mayor proporción de atenciones en los tres servicios vigilados corresponden a menores de 5 años y mayores de 60 años. En cuanto al comportamiento en el canal endémico, durante la semana epidemiológica 26 de 2026 las atenciones por IRA en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y en UCI/UCIM se ubicaron dentro de los límites esperados.

Según lo reportado por el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), los modelos climáticos internacionales proyectan una probabilidad del 61,0 % de configuración del fenómeno de El Niño entre mayo y julio de 2026, con incremento progresivo hasta superar el 90,0 % a partir de septiembre (1). Este escenario es epidemiológicamente relevante para la vigilancia de la infección respiratoria aguda (IRA), dado que las condiciones de calor extremo, baja humedad relativa e incremento de material particulado derivado de incendios forestales y quemas asociadas al fenómeno favorecen la irritación de la mucosa respiratoria y aumentan la susceptibilidad a infecciones de vías respiratorias altas y bajas, con mayor impacto esperado en menores de cinco años, adultos mayores y personas con enfermedades respiratorias crónicas. Adicionalmente, las oscilaciones térmicas entre el día y la noche constituyen un desencadenante reconocido de eventos respiratorios agudos y favorecen la circulación sostenida de agentes virales y bacterianos, lo que configura un riesgo epidemiológico moderado a alto para IRA durante el segundo semestre de 2026.

Este riesgo se ve reforzado por el comportamiento epidemiológico reciente de los virus respiratorios en la región de las Américas. La OPS/OMS ha alertado sobre el incremento de la circulación de influenza B en varios países del hemisferio sur, en un contexto de cocirculación con influenza A(H3N2) y virus sincitial respiratorio (VSR), situación que ha ocasionado aumentos en la enfermedad tipo influenza (ETI), las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y la demanda de servicios de salud en países como Brasil y Chile. Asimismo, la subregión Andina, de la cual Colombia forma parte, ha evidenciado un incremento sostenido de la actividad del VSR durante 2026, asociado a una mayor proporción de casos de IRAG, especialmente en población infantil. La OPS/OMS advierte que estos patrones podrían replicarse en otros países de la subregión, incrementando la carga de enfermedad respiratoria y poniendo a prueba la capacidad de respuesta de los servicios sanitarios. En este contexto, la posible convergencia entre factores climáticos favorables para la transmisión de

agentes respiratorios y el aumento regional de la circulación viral podría traducirse en un incremento de la morbilidad por IRA durante el segundo semestre del año, particularmente en los grupos de mayor vulnerabilidad(2).

En este contexto, se recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica, la detección temprana y las medidas de prevención y control, con énfasis en los grupos de mayor vulnerabilidad.

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

- Fortalecer la comunicación de riesgo orientada a la adopción de medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento), con énfasis en comunidades en riesgo de inundación y poblaciones alojadas en refugios temporales.
- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias establecidas, realizando un monitoreo continuo con el fin de identificar comportamientos inusuales y crear acciones de mitigación; activando vigilancia intensificada en alojamientos temporales y municipios con antecedentes de afectación por eventos hidrometeorológicos.
- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permitan la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar, con énfasis en poblaciones vulnerables (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes), incluyendo a las poblaciones desplazadas por inundaciones.
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas, aprovechando el contacto con los servicios de salud durante la atención en emergencias y el paso por albergues.
- Garantizar condiciones mínimas de ventilación natural en alojamientos temporales, evitando el hacinamiento y promoviendo la separación de personas con síntomas respiratorios como medida de control de fuente.
- Establecer rutas claras de atención y referencia para casos de IRA grave en poblaciones afectadas por inundaciones, priorizando niños menores de 5 años, adultos mayores, gestantes y personas con comorbilidades.

- Notificar oportunamente posibles brotes respiratorios en alojamientos temporales al INS y a las direcciones territoriales de salud, activando los protocolos de investigación y respuesta ante brotes en entornos de emergencia.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas, considerando el incremento de la demanda asociado a posibles eventos de inundación.
- Coordinar con las autoridades de gestión del riesgo de desastres (UNGRD, consejos territoriales de gestión del riesgo) la inclusión de la vigilancia y control de IRA en los planes de respuesta sanitaria ante inundaciones.

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas continuó disminuyendo y las detecciones se encuentran asociadas a influenza B en el norte del continente e influenza A al sur del continente con predominio de A(H3N2). Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en las subregiones Andina, y Brasil y cono Sur. Con relación a SARS-CoV-2 la tendencia continua a la baja, sin evidencia de resurgimiento en la región. La circulación de otros virus respiratorios ha aumentado en la región con predominio de rinovirus, situación que debe ser monitoreada por los países. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 26, 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 presentan aumento en el periodo son Influenza A y enterovirus y al decremento VSR. Los demás virus respiratorios se mantienen estables en los últimos dos periodos. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 3). 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 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 19 a 26 de 2026

Agente viral identificado	SE 19 a 22 de 2026			SE 23 a 26 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	58,9	65,2	40,7	57,9	64,0	30,8	
Rinovirus	9,0	8,9	6,1	9,5	8,8	-	
VSR	45,9	52,8	30,3	38,1	45,6	37,5	
Enterovirus	3,6	3,8	6,1	7,4	6,3	12,5	
Adenovirus	8,5	8,9	3,0	6,5	6,3	6,3	
Influenza B	-	0,3	3,0	1,7	-	-	
Influenza A	5,6	1,9	21,2	12,6	8,1	37,5	
Parainfluenza	13,6	13,6	6,1	10,4	11,3	6,3	
Metapneumovirus	5,3	4,4	18,2	3,9	5,0	-	
A(H1N1)pdm09	0,5	0,3	-	1,7	1,3	-	
SARS-CoV2	1,0	0,6	-	0,9	-	-	
A(H3N2)	4,4	3,5	3,0	3,9	3,8	-	
Coronavirus	1,7	0,9	3,0	3,5	3,8	-	

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 de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Ideam y Minambiente alertan de 90% de probabilidad de llegada del fenómeno de El Niño para septiembre de 2026 [Internet]. Bogotá D.C.: IDEAM; 2026 abr 11 [citado 2026 jun 11]. Disponible en: <https://www.ideam.gov.co/sala-de-prensa/noticia/ideam-y-minambiente-alertan-de-90-de-probabilidad-de-llegada-del-fenomeno-de-el-nino-para-septiembre>

2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur, 1 de julio de 2026 [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [citado 2 jul 2026]. Disponible en: sitio web de la OPS/OMS

COVID-19

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 26 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

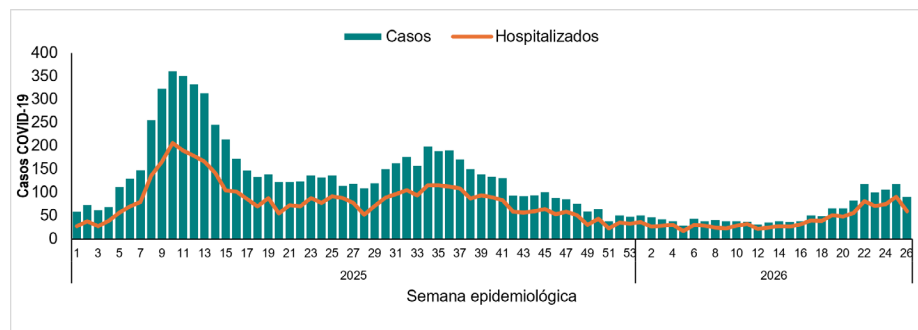
Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

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 26), con corte al 04 de julio y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 1 503 casos de COVID-19, de los cuales 1 502 son procedentes de Colombia y uno (1) del exterior. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (23 a 26) se registraron 420 casos, un aumento del 24,6 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 19 a 22), en el que se reportaron 337 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 296 casos, un incremento del 25,4 % frente a las 236 del periodo anterior. Al comparar con el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 26), los casos de 2026 muestran una menor notificación (figura 12).

25

Figura 12. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 26 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 26 de 2026

*SE: semana epidemiológica

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2026) se registró una incidencia de 0,7 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 28 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 86 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en los departamentos de Atlántico, Antioquia, Boyacá, Cauca, Norte de Santander, Valle del Cauca, así como en los distritos de Bogotá, D.C, Barranquilla y Santiago de Cali.

A nivel municipal, dicho incremento se observa en Medellín (Antioquia), Tunja y Duitama (Boyacá), Popayán (Cauca), Mosquera y Chía (Cundinamarca).

Entre el periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2026) y el actual (semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2026), se observó un incremento en la mayoría de los grupos de edad, siendo los más marcados los de 30 a 39 años (280,0 %), 40 a 49 años (90,0 %), 90 a 99 años (75,0 %), 5 a 9 años (42,1 %), menores de un año (30,9 %), 80 a 89 años (26,3 %), 1 año (25,6 %), 70 a 79 años (18,8 %), 20 a 29 años (16,7 %), 2 a 4 años (14,8 %) y 10 a 19 años (9,1 %).

En contraste, los grupos de 60 a 69 años y de 50 a 59 años presentaron disminuciones de 31,3 % y 25,0 %, respectivamente, siendo los únicos grupos con reducción de casos en el periodo analizado. Por su parte, el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos periodos evaluados (tabla 16).

Tabla 16. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas, semanas epidemiológicas 19 a 26 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 19 a 22 2026	SE 23 a 26 2026		
Menor de un año	110	144	30,9	↗
1 año	43	54	25,6	↗
2 a 4 años	27	31	14,8	↗
5 a 9 años	19	27	42,1	↗
10 a 19 años	22	24	9,1	↗
20 a 29 años	18	21	16,7	↗
30 a 39 años	5	19	280,0	↗
40 a 49 años	10	19	90,0	↗
50 a 59 años	12	9	-25,0	↘
60 a 69 años	32	22	-31,3	↘
70 a 79 años	16	19	18,8	↗
80 a 89 años	19	24	26,3	↗
90 a 99 años	4	7	75,0	↗
Mayor de 100 años	0	0	NC	—
Total	337	420	24,6	↗

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 19 a 26 de 2026

PE: periodo epidemiológico

SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia diez fallecimientos asociados a COVID-19: dos (2) en Bogotá D.C y uno (1) en cada uno de los departamentos de La Guajira (Riohacha), Nariño (Pasto), Quindío (Montenegro), Córdoba (Montería), Cundinamarca (La Calera), Magdalena (Pivijay), Antioquia (Peñol) y Cesar (Astrea)

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 26 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 26 del 2026 se notificaron 2 839 casos de dengue: 2 088 casos de esta semana y 751 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 56 797 casos, 34 245 (60,3 %) sin signos de alarma, 21 970 (38,6 %) con signos de alarma y 582 (1,0 %) de dengue grave.

El 60,7 % (34 492) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, La Guajira y Cartagena de Indias (tabla 17). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Casanare, Cesar, Norte de Santander, Santander, Antioquia y Magdalena concentran el 65,2 % (6 558 casos) de los casos del periodo.

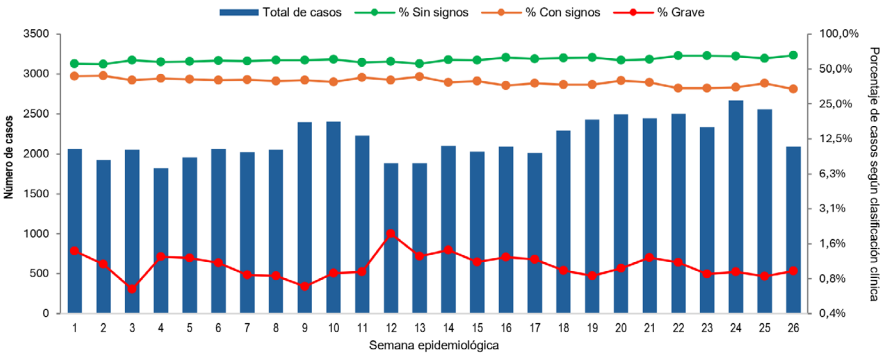
En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Arauca, Boyacá, Casanare, Guaviare, Putumayo, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en la entidad territorial de La Guajira y Santa Marta mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 18 - 21 2026)	Observado (SE 22-25 2026)
Meta	9 504	30,3	0,9	2 139	20 79
Cesar	4 814	57,0	0,6	701	664
Bolívar	4 471	39,9	1,5	889	996
Santander	3 669	36,9	0,7	590	516
Norte de Santander	3 428	38,4	1,7	511	521
Magdalena	3 323	50,3	0,8	605	453
La Guajira	2 820	53,3	1,8	454	249
Cartagena de indias	2 463	19,2	0,9	196	180
Casanare	2 062	29,3	0,6	516	853
Antioquia	2 056	37,4	0,9	360	476
Córdoba	1 961	42,0	0,5	210	259
Santa Marta	1 922	44,7	0,4	186	117
Tolima	1 826	29,2	1,2	292	350
Barranquilla	1 728	44,0	0,9	147	146
Atlántico	1 660	45,1	1,0	194	201
Arauca	1 417	32,7	1,0	308	405
Sucre	913	48,0	1,5	189	176
Cundinamarca	899	34,1	0,7	166	180
Valle del Cauca	895	33,6	0,7	161	210
Santiago de Cali	793	36,6	0,3	134	137
Huila	737	38,7	5,0	123	123
Chocó	516	23,4	1,2	96	102
Amazonas	457	14,9	0,0	53	58
Guaviare	425	19,5	0,2	81	152
Nariño	395	44,1	1,0	70	75
Caquetá	361	51,2	2,5	78	61
Putumayo	318	24,8	1,3	48	66
Quindío	195	24,1	1,5	35	48
Boyacá	147	46,9	0,7	31	64
Cauca	120	37,5	0,8	22	28
Exterior	112	43,8	3,6	12	19
Caldas	110	40,9	0,9	27	28
Risaralda	110	44,5	0,9	13	20
Buenaventura	75	33,3	1,3	18	17
Vichada	52	34,6	0,0	5	13
Vaupés	26	19,2	0,0	2	16
Archipiélago de San Andrés	9	22,2	0,0	2	3
Guainía	8	25,0	0,0	1	1
Total	56 797	38,7	1,0	9 665	10 062

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 40,0 % a nivel nacional (figura 13); 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 22 a 25 de 2026) fueron: Barranquilla, Cesar, Risaralda, Santa Marta y La Guajira.

Figura 13. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 26, 2026

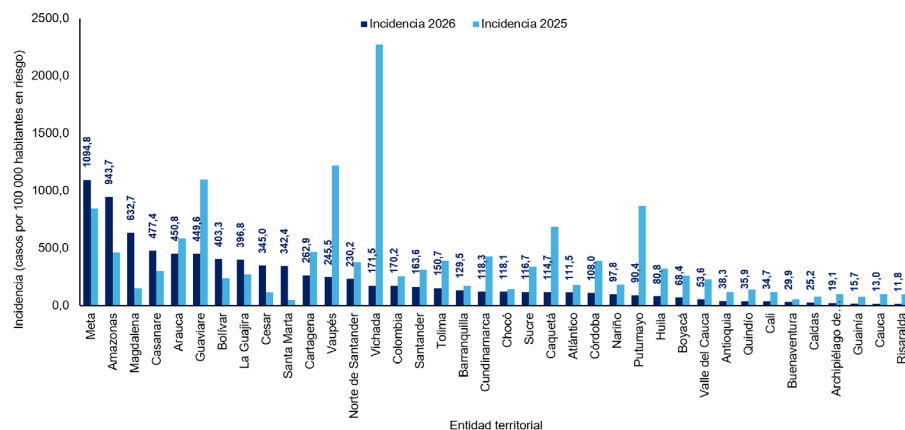


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

A semana epidemiológica 26 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 170,2 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 255,3 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, Casanare, Arauca, Guaviare y Bolívar presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 26 de 2026 registrando tasas superiores a 400 casos por 100 000 habitantes (figura 14). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 345,6 casos por 100 000 habitantes.

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

Figura 14. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2025 y 2026

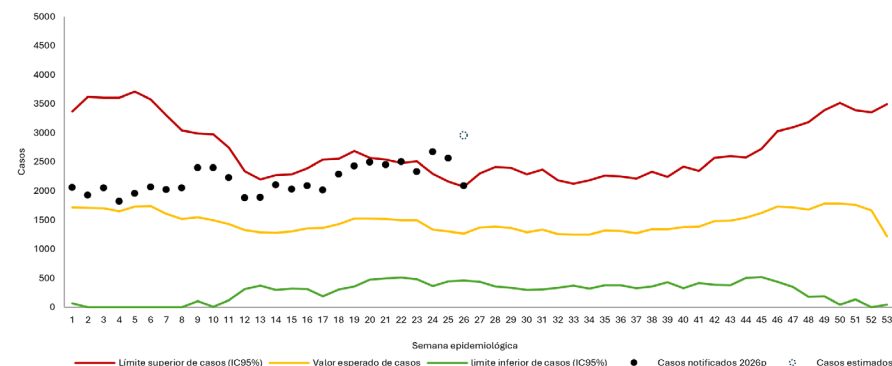


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 26 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 4,1 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026) (figura 15). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 26), se observa una reducción del 33,3 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 85 188 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 27,0 % (10) está dentro de lo esperado, el 35,1 % (13) se encuentra en situación de alerta y el 37,8 % (14) 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 15. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2026



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 26 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 26, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Cartagena de Indias, Cesar, Casanare, Meta, Guaviare, Quindío, La Guajira, Magdalena, Santa Marta.
Alerta	Antioquia, Boyacá Cundinamarca, Caldas, Chocó, Nariño, Santander, Norte de Santander, Putumayo, Risaralda, Sucre, Tolima, Vaupés,
Dentro de lo esperado	Archipiélago de San Andrés y Providencia, Cauca, Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Huila, Guainía, Buenaventura, Valle del Cauca, Vichada

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 26 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 17,2 % (142) 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 28,1 % (16/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Tabla 19. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 26 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada	Total casos	Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes		(SE 18-21 2026)	(SE 22-25 2026)
Antioquia	Itagüí	6,5	18	2	7
Atlántico	Barranquilla	131,7	1 728	147	146
	Soledad	60,9	417	37	39
Bolívar	Cartagena	233,5	2 463	196	180
	Turbaco	327,5	381	59	39
Cesar	Valledupar	329,3	1 818	232	212
	Aguachica	323,8	398	91	90
Córdoba	Cereté	155,4	171	15	35
Cundinamarca	Fusagasugá	20,6	34	5	13
La Guajira	Riohacha	442,5	927	117	67
Santa Marta	Santa Marta	347,9	1 922	186	117
Magdalena	Ciénaga	410,2	523	72	24
Meta	Villavicencio	1359,1	6 930	1 489	1356
Tolima	Ibagué	124,5	677	127	158
Arauca	Arauca	195,3	196	30	71
Casanare	Yopal	176,7	319	55	183

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

A semana epidemiológica 26 del 2026, se han notificado 152 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 35 casos, se han descartado 74 casos y se encuentran en estudio 43 casos. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,06 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 72 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 26, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 26, 2026	Letalidad por dengue a SE 26, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	10	1	0,35	0,05
Huila	2	1	0,27	0,21
Magdalena	5	0	0,15	0,14
Atlántico	2	2	0,12	0,08
Cundinamarca	1	0	0,11	0,03
Antioquia	2	4	0,10	0,13
Bolívar	3	4	0,07	0,12
Cesar	3	1	0,06	0,00
Norte de Santander	2	1	0,06	0,04
Santa Marta	1	1	0,05	0,36
Meta	3	7	0,03	0,13
Santander	1	2	0,03	0,10
Tolima	0	4	0,00	0,02
Barranquilla	0	3	0,00	0,13
Nariño	0	2	0,00	0,00
Putumayo	0	2	0,00	0,13
Sucre	0	2	0,00	0,08
Arauca	0	1	0,00	0,11
Caldas	0	1	0,00	0,00
Casanare	0	1	0,00	0,00
Córdoba	0	1	0,00	0,06
Quindío	0	1	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,00
Colombia	35	43	0,06	0,09

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

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

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 26 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

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

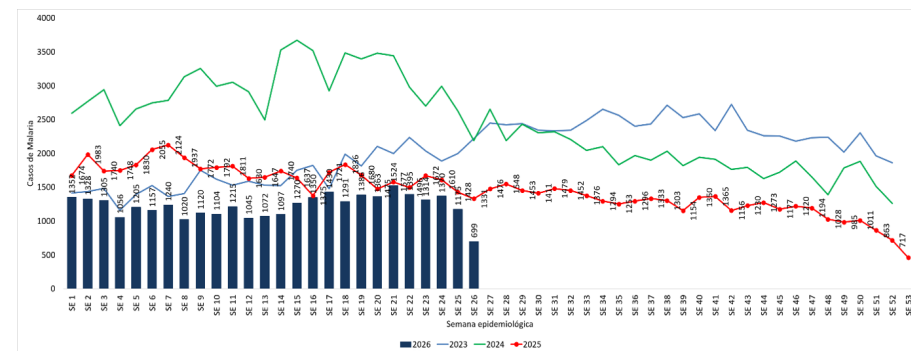
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

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

Figura 16. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 26 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 26 del 2026 se notificaron 1 573 casos de malaria, para un acumulado de 31 883 casos, de los cuales 31 520 son de malaria no complicada y 363 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 72,1 % (22 976), seguido de *Plasmodium falciparum* con 26,9 % (8 578) e infección mixta con 1,0 % (329). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,8 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (33,3 %), Antioquia (14,1 %), Córdoba (8,4%), Nariño (6,2 %), Guainía (6,1 %), Risaralda (4,2 %), Amazonas (3,7 %), Bolívar (3,2 %), Cauca (3,4 %), Vichada (3,3 %), Meta (2,9 %), Buenaventura (2,6 %) y Vaupés (2,3 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 70,9 % 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 26 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 19 a 22 2026	Casos SE 23 a 26 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Córdoba	Tierralta	1 760	278	232	17,37
Chocó	Quibdó	1 733	444	316	11,64
Guaanía	Inírida	1 702	135	103	42,99
Risaralda	Pueblo Rico	1 203	165	124	71,55
Chocó	Lloró	1 012	205	139	93,15
Antioquia	El Bagre	934	132	151	16,38
Chocó	Bagadó	836	201	185	69,23
Buenaventura	Buenaventura	829	192	201	2,55
Chocó	Istmina	810	166	92	23,17
Meta	Puerto Gaitán	728	132	102	15,41
Vichada	Cumaribo	697	154	80	7,77
Chocó	Medio San Juan	635	162	97	52,46
Vaupés	Mitú	607	71	73	16,58
Bolívar	Montecristo	553	90	86	29,71
Cauca	Timbiquí	547	150	101	19,09
Chocó	Juradó	520	161	66	67,19
Chocó	Río Quito	513	129	115	54,37
Chocó	Alto Baudó	480	48	68	14,92
Nariño	Olaya Herrera	470	55	31	17,57
Cauca	Guapi	452	73	71	15,01
Amazonas	Tarapacá (CD)	427	45	25	95,02
Antioquia	Nechí	425	100	79	15,03
Córdoba	Puerto Libertador	398	54	56	8,64
Chocó	Carmen del Darién	390	72	79	17,14
Chocó	El Cantón del San Pablo	390	133	56	54,68
Norte de Santander	Tibú	387	71	67	6,17
Chocó	Tadó	373	57	90	17,97
Antioquia	Cáceres	370	61	44	11,72
Amazonas	La Pedrera (CD)	333	13	4	76,48
Nariño	El Charco	331	72	44	14,08
Vichada	Puerto Carreño	315	22	12	13,53
Antioquia	Chigorodó	299	54	50	4,74
Antioquia	Turbo	296	48	38	2,17
Guaviare	San José del Guaviare	291	48	38	4,37
Chocó	Bajo Baudó	289	35	29	8,27

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 70,8 % 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 Inírida, Tierralta, Pueblo Rico, Quibdó, Lloró, Puerto Gaitán, Bagadó, Mitú, Cumaribo, Juradó, Nechí y Istmina y en incremento el municipio de El Bagre y Puerto Libertador (tabla 22). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 63,7 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Timbiquí, Istmina, Guapi, Río Quito, Medio San Juan, El Charco, Lloró, Olaya Herrera, Inírida, Medio Atrato y Tierralta y en incremento los municipios de Buenaventura, Río Quito y Lloró 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 26 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 19 a 22 de 2026	Casos SE 23 a 26 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	245	208	-15%	6,7%
Guaanía	Inírida	119	92	-23%	6,4%
Risaralda	Pueblo Rico	139	76	-45%	4,5%
Antioquia	El Bagre	129	148	15%	3,9%
Chocó	Quibdó	209	138	-34%	3,2%
Chocó	Lloró	132	76	-42%	3,0%
Meta	Puerto Gaitán	109	98	-10%	2,7%
Chocó	Bagadó	131	109	-17%	2,5%
Vaupés	Mitú	70	65	-7%	2,5%
Bolívar	Montecristo	92	90	-2%	2,4%
Vichada	Cumaribo	94	62	-34%	2,3%
Chocó	Juradó	161	64	-60%	2,3%
Antioquia	Nechí	102	78	-24%	1,8%
Córdoba	Puerto Libertador	54	55	2%	1,7%
Chocó	Istmina	88	48	-45%	1,7%

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 26 de 2026

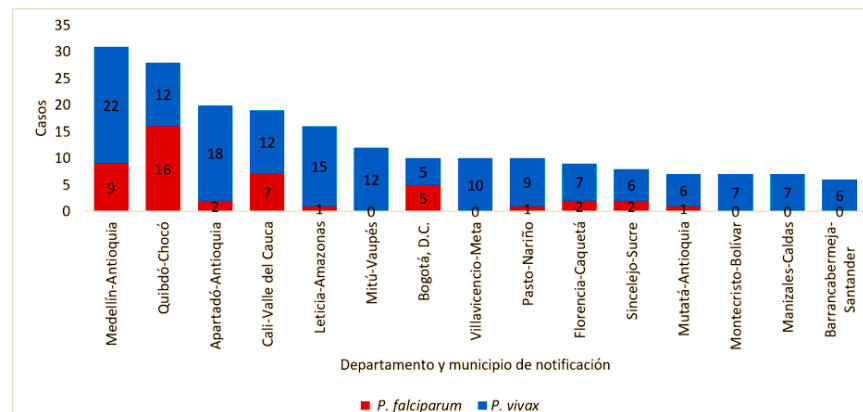
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 19 a 22 de 2026	Casos SE 23 a 26 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	245	178	-27%	11,8%
Buenaventura	Buenaventura	139	146	5%	6,5%
Cauca	Timbiquí	148	98	-34%	6,3%
Cauca	Guapi	73	69	-5%	4,9%
Chocó	Istmina	79	44	-44%	4,8%
Chocó	Rio Quito	96	77	-20%	4,3%
Chocó	Medio San Juan	77	65	-16%	3,6%
Nariño	El Charco	63	39	-38%	3,4%
Chocó	Lloró	69	65	-6%	3,4%
Chocó	Bagadó	61	69	13%	2,7%
Nariño	Olaya Herrera	29	9	-69%	2,6%
Guainía	Inirida	16	13	-19%	2,6%
Nariño	Magüi	18	26	44%	2,4%
Córdoba	Tierralta	33	24	-27%	2,4%
Chocó	Medio Atrato	56	32	-43%	2,1%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 26 de 2026 se han notificado 363 casos de malaria complicada, que son notificados por 30 entidades territoriales. Antioquia, Chocó, Amazonas, Nariño, Santiago de Cali, Meta, Caldas, Vichada, Caquetá, Bogotá, D.C., Risaralda, Bolivar, Santander, Sucre, Vaupés y Córdoba y notificaron el 82,1 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 56,2 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 17).

Figura 17. Casos notificados de malaria complicada por municipio de notificación, con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 26 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 26 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran siete departamentos en situación de incremento y ocho departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 39 municipios en incremento y 63 municipios en decremento (tabla 24).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 26 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 26 2025	Acumulado 2026	SE 26 2026	Esperado	Observado
Amazonas	La Chorrera (CD)	4	17	12	34	0	1	3
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	13	1	28	0	0	5
Amazonas	Leticia	4	339	7	94	3	14	33
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	131	0	0	5
Antioquia	Frontino	4	126	2	228	8	30	47
Antioquia	Nechí	5	676	6	430	16	36	80
Antioquia	Yondó	4	37	0	56	0	0	4
Arauca	Saravena	4	362	12	84	4	4	12
Bolívar	Río Viejo	4	11	0	81	1	14	21
Bolívar	Achí	4	26	2	58	5	1	12
Bolívar	Montecristo	5	578	25	563	14	77	91
Caquetá	La Montañita	4	7	0	5	4	0	4
Caquetá	Florencia	4	234	4	105	2	3	13
Cauca	Timbiquí	5	825	15	548	5	97	101
Chocó	Condoto	4	132	3	141	3	17	42
Chocó	Bagadó	5	704	18	839	23	168	186
Chocó	Nóvita	5	190	11	202	6	30	51
Chocó	Belén de Bajirá	5	98	1	320	6	7	47
Chocó	Lloró	5	1122	31	1018	17	111	141
Chocó	Istmina	5	712	25	819	29	82	93
Chocó	Unión Panamericana	5	134	2	136	7	21	30
Chocó	Juradó	4	189	5	520	12	23	66
Chocó	Río Quito	5	377	6	517	21	95	115
Chocó	Carmen del Darién	5	552	9	393	12	50	80
Chocó	Sipi	4	157	2	106	2	8	19
Chocó	Cértégui	4	125	1	143	8	15	22
Córdoba	San Pelayo	4	2	0	6	1	0	2
Guaviare	Calamar	4	109	3	116	3	11	15
Guaviare	Miraflores	3	47	1	48	0	10	19
Meta	Puerto Concordia	4	42	2	40	5	2	9
Meta	Puerto Rico	4	56	1	28	1	0	4
Meta	Puerto Gaitán	4	194	7	739	13	16	105
Meta	Puerto López	4	171	8	13	0	2	6
Risaralda	Pereira	4	20	2	14	1	1	3
Buenaventura	Buenaventura	5	1137	45	832	34	185	201
Vichada	Puerto Carreño	4	164	6	322	4	7	12

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025-2026.
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/buscadoreventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 26 del 2026, se han notificado 11 006 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 10 956 corresponden a residentes en Colombia y 50 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (27 de 2025 a 26 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 Guaviare (tabla 25).

El 83,1 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,9 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,4 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (27,5 %) y en los de 1 año de edad (26,9 %). Así mismo, el 66,5 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 26 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en Guainía, Norte de Santander, Quindío y Vaupés; el nivel nacional se encuentra en comportamiento estable. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 217 municipios a nivel nacional (19,3 %) y de disminución en 78 municipios (6,9 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021-2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 25 municipios (tabla 25).

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 26, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 26 de 2025	Casos a SE 26 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	11 374	10 956	0,53	19,3	6,9
La Guajira	857	850	1,55	13,3	13,3
Chocó	491	489	1,23	35,5	16,1
Vichada	112	97	1,13	0,0	25,0
Guaviare	43	39	0,75	25,0	25,0
Risaralda	254	231	0,71	14,3	7,1
Arauca	99	104	0,71	28,6	28,6
Magdalena	435	316	0,70	17,2	17,2
Cartagena de Indias	260	292	0,70	0,0	0,0
Cesar	521	486	0,61	28,0	20,0
Casanare	142	140	0,60	10,5	26,3
Boyacá	271	282	0,60	14,6	1,6
Bolívar	308	318	0,55	33,3	11,1
Antioquia	1587	1426	0,55	23,2	1,6
Vaupés	19	14	0,55	0,0	16,7
Amazonas	41	31	0,55	27,3	9,1
Bogotá, D.C.	1506	1398	0,54	0,0	0,0
Norte Santander	363	308	0,54	10,0	7,5
Nariño	382	397	0,53	26,6	6,3
Putumayo	110	114	0,52	15,4	15,4
Cundinamarca	637	659	0,51	13,8	5,2
Meta	224	265	0,48	27,6	6,9
Sucre	205	219	0,46	42,3	0,0
Santiago de Cali	291	288	0,45	0,0	0,0
Valle del Cauca	356	337	0,44	27,5	2,5
Buenaventura.	99	73	0,42	0,0	0,0
Huila	243	221	0,40	8,1	5,4
Santa Marta	95	86	0,39	0,0	0,0
Tolima	173	185	0,38	14,9	4,3
Córdoba	251	331	0,34	23,3	6,7
Caquetá	83	82	0,34	6,3	12,5
Caldas	100	107	0,33	18,5	3,7
Guainía	28	13	0,33	0,0	22,2
Barranquilla	148	103	0,33	0,0	0,0
Atlántico	168	175	0,29	18,2	22,7
Quindío	41	50	0,28	8,3	8,3
Santander	284	250	0,28	11,5	3,4
Cauca	144	171	0,27	28,6	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	9	0,25	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 27 de 2025 a SE 26 de 2026.
Fuente: Sivigila. Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 y 2026 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2025.

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

Tabla 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 26 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	177	111
Cundinamarca	Fusagasugá	40	61
Tolima	Ibagué	32	57
Sucre	Sincelejo	30	56
Nariño	Pasto	44	44
Risaralda	Dosquebradas	26	44
Antioquia	Rionegro	22	33
Valle del Cauca	Tuluá	20	33
Cesar	Aguachica	16	32
Cundinamarca	Mosquera	33	28
Caldas	Manizales	32	26
Huila	Pitalito	16	26
Santander	Floridablanca	17	26
Cauca	Popayán	18	25
Boyacá	Duitama	17	24
Quindío	Armenia	30	24
Magdalena	Ciénaga	32	23
Santander	Girón	31	22
Valle del Cauca	Cartago	13	22
Antioquia	Apartadó	38	18
Santander	Piedecuesta	25	18
Cauca	Santander de Quilichao	11	17
Atlántico	Malambo	18	11
Cundinamarca	Girardot	30	8
Norte de Santander	Villa del Rosario	31	7

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

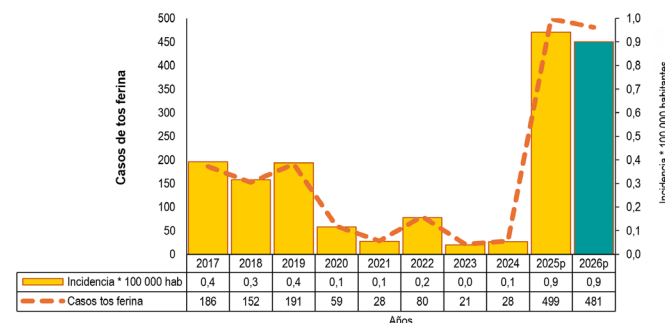
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 25 de 2026

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

Hasta la semana epidemiológica 25 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 3 032 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,1 % (488) correspondió a casos confirmados. De los 488 casos confirmados, 481 correspondieron a casos con procedencia nacional y fueron utilizados para el cálculo de incidencia; el 73,3 % (2 223) correspondió a casos descartados y el 10,6 % (321) permanece en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 25 fue de 0,9 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos de la misma semana epidemiológica en años anteriores, se observa un aumento en la incidencia respecto a los años previos (2017 a 2024), donde la incidencia no superó 0,4 casos por cada 100 000 habitantes. El comportamiento observado es menor al registrado en 2025 cuando se reportaron 499 casos confirmados para el mismo periodo (figura 18).

Figura 18. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 25, 2017 a 2026p

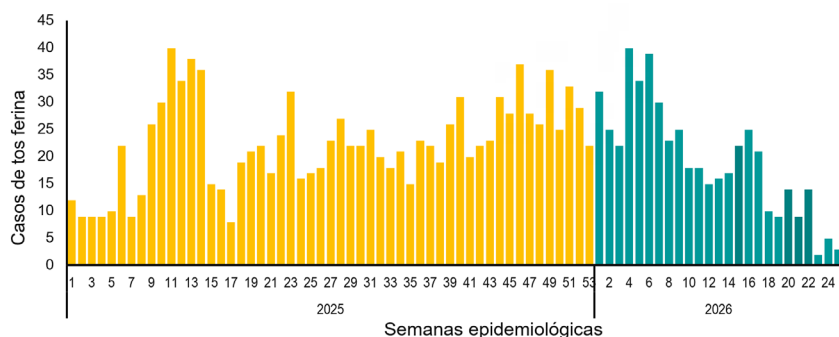


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026 (datos preliminares).

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 19 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 06, con un pico máximo en la semana epidemiológica 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa de los casos. Sin embargo, se identifican repuntes en las semanas epidemiológicas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos), 49 (36 casos) de 2025 y 04 (37 casos), 06 (39 casos), 09 (25 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una reducción del 42,9 %, al pasar de 42 casos (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026) a 24 casos (semanas epidemiológicas 22 a 25 de 2026). Se debe tener en cuenta que los datos están sujetos a ajuste debido al rezago en la notificación y confirmación de casos.

Figura 19. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 25 de 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2025 y 2026
p: dato preliminar sujeto a validación.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 25, de 2019 a 2026p

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 104 casos y una incidencia de 1,5 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, D.C. con 52 casos y una incidencia de 0,7 por cada 100 000 habitantes y Santander con 40 casos y una incidencia de 1,7 por cada 100 000 habitantes.

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 25, 2019 a 2026p

	Incidencias por 100 000 habitantes										
Entidad territorial	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Tendencia	2026	
Colombia	0,4	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,9	0,9			

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, 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

En la semana epidemiológica 25 de 2026 se notificaron 129 casos confirmados de tos ferina en población indígena. La mayor concentración se observó en Cerrito (Santander) con 19 casos, seguido de Dabeiba (Antioquia) con 14, Paz de Ariporo (Casanare) con 13, y Cubará (Boyacá) con ocho (8) casos, evidenciando la persistencia de transmisión en territorios con población indígena priorizada.

La tabla 28 presenta los brotes actualmente identificados, junto con su distribución municipal y las fechas de inicio de síntomas y cierre.

Tabla 28. Brotes de tos ferina identificados en población indígena por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2026p

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		129		
La Guajira	Maicao	2	19/06/2026	31/07/2026
Cesar	Agustín Codazzi	6	14/06/2026	26/07/2026
Cesar	Becerril	2	06/06/2026	18/07/2026
Cesar	Valledupar	2	05/06/2026	17/07/2026
Santander	Cerrito	19	03/06/2026	15/07/2026
Vichada	Cumaribo	4	03/06/2026	15/07/2026
Cauca	Toribío	2	27/05/2026	08/07/2026
Norte de Santander	Toledo	2	26/05/2026	07/07/2026
Vaupés	Mitú	7	21/05/2026	02/07/2026
Antioquia	Betulia	2	12/05/2026	23/06/2026
Cauca	Caldono	3	08/05/2026	19/06/2026
Boyacá	Guican	1	01/05/2026	12/06/2026
Boyacá	Cubará	8	01/05/2026	12/06/2026
Chocó	Litoral del Bajo de San Juan	1	27/04/2026	08/06/2026
Chocó	Riosucio	2	27/04/2026	08/06/2026
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	04/06/2026
Chocó	Tadó	1	20/04/2026	01/06/2026
Santander	Concepción	6	20/04/2026	01/06/2026
Antioquia	Urraó	1	11/04/2026	23/05/2026
Casanare	Paz de Ariporo	13	01/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	01/04/2026	13/05/2026

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Antioquia	Dabeiba	14	28/03/2026	09/05/2026
Antioquia	Murindó	3	16/03/2026	27/04/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Chocó	Lloró	1	08/03/2026	19/04/2026
Cauca	Santander de Quilichao	1	03/03/2026	14/04/2026
Caldas	Aranzazu	3	19/02/2026	02/04/2026
Chocó	Bagadó	1	17/02/2026	31/03/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	08/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	06/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	09/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	09/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	04/03/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, 2026 (datos preliminares)

FIS: fecha de inicio de síntomas

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

ALERTAS NACIONALES

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 06 de julio 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 06 de julio (datos preliminares), se han notificado 969 casos probables, 53 confirmados (52 por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero hasta el 09 de junio de 2026, el 98,1% procedente de Tolima y el 1,9 % de Meta. Se han notificado 24 muertes probables, 24 confirmadas, uno (1) excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, para una letalidad de 45,3 % (24/53)³.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 201 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 10 departamentos: Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare. Adicionalmente, se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela). Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 82 casos y un (1) caso se encuentra en estudio para una letalidad acumulada del 40,8 % (82/201).

Para 2026p, los casos confirmados de fiebre amarilla se presentan en Tolima: Chaparral (20), Cunday (7), Icononzo (7), Ortega (5), Melgar (5), Carmen de Apicalá (2), Rioblanco (2), Dolores (1), Suarez (1), Planadas (1), Purificación (1) y un (1) caso de procedencia Villavicencio (Meta).

Durante el periodo comprendido entre el 30 de junio y el 06 de julio de 2026, no se han confirmado casos de fiebre amarilla en humanos.

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 24 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). Los últimos casos se confirmaron el 19 de junio de 2026 por el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud en zonas rurales de los municipios de Suárez y de Icononzo.



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

[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.

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, 08 de julio de 2026

Con corte al 08 de julio de 2026, se han notificado 1 421 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 273 han sido descartados, 135 casos permanecen en estudio en Bogotá, D.C. (51), Antioquia (34), Cundinamarca (12), Norte de Santander (6), Atlántico, Caldas, Córdoba, Huila y Meta (3), Casanare, Nariño, Quindío y Tolima (2) y Bolívar, Boyacá, Caquetá, Chocó, Magdalena, Risaralda, Santander, Sucre y Valle del Cauca un (1) caso cada uno. Se han confirmado 13 casos, de estos, siete (7) 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, 8 julio 2026.

Foco de influenza aviar altamente patógena (IAAP) A(H5N1) en aves de traspatio. Puerto Carreño (Vichada), 03 de julio de 2026

El 30 de junio de 2026, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), confirmó un foco de influenza aviar altamente patógena A(H5N1) en aves de traspatio del municipio de Puerto Carreño, vereda Puerto Murillo (Vichada), zona rural fronteriza con Venezuela y cercana al río Meta. Los primeros signos clínicos se presentaron el 12 de junio y la mayor mortalidad de aves ocurrió el 25 de junio, fecha en la que el propietario notificó el evento al ICA. La atención en campo se realizó el 26 de junio y hasta el momento, el foco se limita a un único predio, con afectación de gallinas de postura y patos. Adicionalmente, se reportó la muerte de un ave silvestre cuya identificación taxonómica continúa en estudio.

Como parte de la respuesta intersectorial, el 2 de julio sesionó el Consejo de Zoonosis y el 3 de julio se desarrolló la Sala de Análisis del Riesgo (SAR) nacional, donde se activó la coordinación bajo el enfoque Una Salud y se iniciaron las acciones de vigilancia en salud humana, incluyendo búsqueda activa comunitaria, búsqueda activa institucional en la UPGD más cercana, censo vacunal del personal del ICA con alta exposición y fortalecimiento de la vigilancia de infección respiratoria aguda en el personal asistencial de Puerto Carreño. A la fecha no se han identificado personas con sintomatología respiratoria entre los convivientes del predio afectado, por lo que se mantiene un nivel de respuesta departamental - nacional y seguimiento continuo de la situación.

Entre las actividades en curso se encuentra la aplicación de biológico para influenza estacional por parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y verificación de las coberturas de vacunación en la cabecera municipal de Puerto Carreño y la vereda Puerto Murillo, la consolidación del censo de personas con exposición directa al foco y la evaluación de dos puntos adicionales bajo investigación por el ICA. Se realizó una SAR de seguimiento el 8 de julio de 2026. La información es preliminar y está sujeta a actualización conforme avance la investigación epidemiológica e intersectorial.

Fuente: Reporte Instituto Colombiano Agropecuario - ICA, Sala de Análisis del Riesgo, Vigilancia de salud pública departamental de Vichada, 03 de julio de 2026.

Situación de preparación de la vigilancia en salud pública ante las condiciones del fenómeno de El Niño, julio 3 de 2026

Actualmente, las condiciones de El Niño se encuentran presentes y podría fortalecerse en los próximos meses. Esto se evidencia por temperaturas del mar más altas de lo normal y cambios en los patrones climáticos habituales. Según los pronósticos internacionales, existe una alta probabilidad de que este fenómeno aumente su intensidad durante el segundo semestre de 2026, con un 63,0 % de probabilidad de alcanzar niveles muy altos entre noviembre de 2026 y enero de 2027, lo que lo convertiría en uno de los eventos más intensos observados en las últimas décadas (1).

Durante el segundo semestre de 2026, Colombia continuará bajo la influencia de condiciones asociadas a El Niño. Entre julio y septiembre se espera una disminución de las lluvias en varias zonas del país, especialmente en las regiones Caribe y Andina, así como en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. También se prevén condiciones más secas en la región Pacífica entre

agosto y septiembre. En la Orinoquía y la Amazonía las lluvias podrían variar, aunque hacia septiembre aumenta la probabilidad de que se presenten periodos con menos precipitación de lo habitual (2). Además, se espera que entre julio y diciembre de 2026, las temperaturas sean más altas de lo normal en gran parte del territorio nacional. Estas condiciones pueden aumentar el riesgo de afectaciones relacionadas con el calor intenso, dificultades en el abastecimiento de agua y una mayor probabilidad de incendios de la cobertura vegetal.

Diversos estudios y la OMS han señalado que las temperaturas más altas pueden afectar la salud de las personas de diferentes maneras. El calor intenso puede aumentar los problemas del corazón, las enfermedades respiratorias, las afecciones renales y las dificultades relacionadas con la salud mental, además de empeorar enfermedades que ya padecen algunas personas. También crea condiciones favorables para la aparición de enfermedades transmitidas por mosquitos, como el dengue, la malaria, el zika y la chikunguña. Asimismo, las altas temperaturas pueden afectar la calidad del agua y los alimentos, lo que aumenta el riesgo de enfermedades gastrointestinales e infecciones como la hepatitis A. De igual forma, los incendios forestales y el deterioro de la calidad del aire pueden generar más problemas respiratorios. Los cambios en el ambiente también pueden incrementar el contacto de las personas con animales que pueden transmitir enfermedades o causar accidentes. Además, estas condiciones pueden influir en situaciones como la desnutrición en niños pequeños, las afectaciones a la salud mental y las complicaciones durante el embarazo (3). Por estas razones, desde el Grupo de Factores de Riesgo Ambiental se prioriza el seguimiento y monitoreo de estos eventos, con el fin de identificar oportunamente cualquier cambio que pueda afectar la salud de la población.

En el marco del seguimiento permanente realizado por el Sistema de Alerta Temprana de Factores de Riesgo Ambiental, durante las últimas tres semanas se identificaron aumentos de temperatura, sensación térmica elevada o disminución en la disponibilidad de agua en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Bolívar, Casanare, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santander, Tolima, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Huila y Valle del Cauca, así como en las ciudades de Barranquilla, Cartagena de Indias, Santa Marta, Bucaramanga y el municipio de Palocabildo. Estas condiciones podrían favorecer la ocurrencia de algunos de los eventos de interés en salud pública priorizados. Hasta el momento, no se han reportado incendios de cobertura vegetal activos.

Al contrastar estas condiciones ambientales con la información de vigilancia epidemiológica, se identificaron comportamientos inusuales en algunos eventos de interés en salud pública. En la semana epidemiológica 25 de 2026 se identificaron comportamientos inusuales con incremento en nueve (9) eventos de interés en salud pública, destacándose el dengue y el dengue grave/dengue con signos de alarma como los eventos con mayor número de entidades territoriales afectadas (15) (tabla 29).

Tabla 29. Comportamientos inusuales, eventos de interés en salud pública, Colombia, semana epidemiológica 25 de 2026

Evento de interés en salud pública	Entidades territoriales con incremento	Nº ET
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	Cartagena de Indias, Casanare	2
Dengue y dengue grave-dengue con signos de alarma	Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena de Indias, Casanare, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta, Santander, Tolima	15
Hepatitis A	Barranquilla, Bolívar	2
IRAG inusitado	Cartagena de Indias, Magdalena	2
Morbilidad por IRA en Hospitalización en sala general	Barranquilla, Cartagena de Indias, Córdoba, Magdalena, Santa Marta	5
Morbilidad por IRA en UCI	Atlántico, Córdoba, La Guajira	3
Morbilidad por EDA	Santa Marta, Santander	2
Tosferina	Cesar, La Guajira	2
Violencia de género e intrafamiliar	Barranquilla, Cartagena de Indias, Casanare, La Guajira, Norte de Santander, Santander, Tolima	7

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, semana epidemiológica 25.
ET: entidad territorial, *UCI:* unidad de cuidados intensivos, *EDA:* enfermedad diarreica aguda, *IRAG:* infección respiratoria aguda grave

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización del brote de la enfermedad por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 03 de julio de 2026

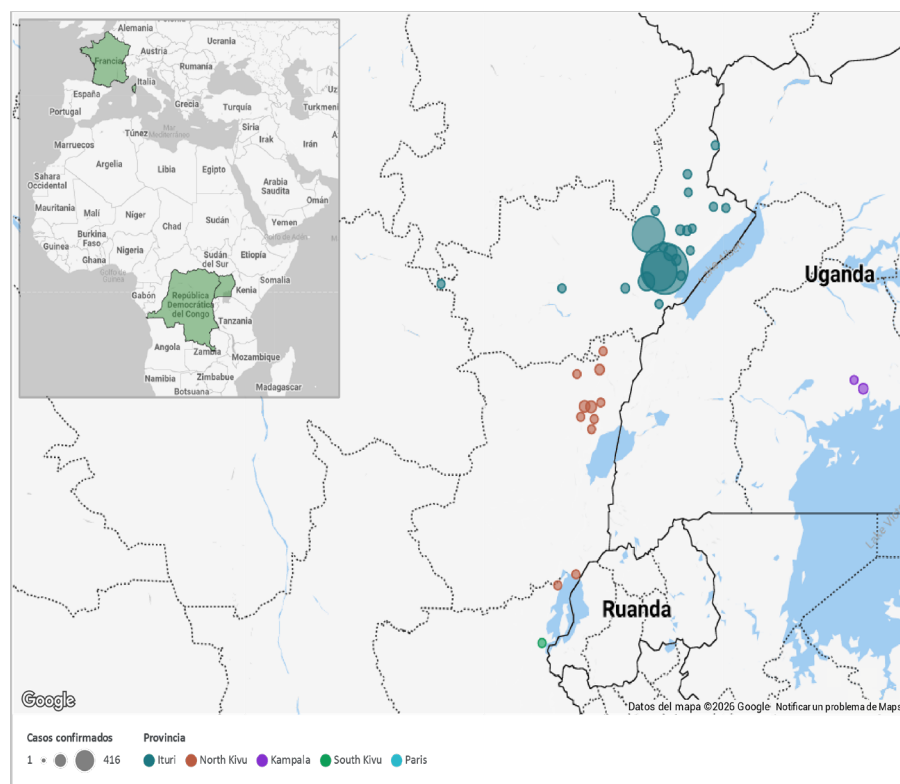
El brote de la enfermedad por el virus Bundibugyo (BVD) en la República Democrática del Congo (RDC) sigue evolucionando rápidamente, con una transmisión sostenida y un número creciente de casos notificados. Con corte a 01 de julio de 2026, se han confirmado en total 1 481 casos; 1 460 de la República Democrática del Congo, 20 de Uganda y uno de Francia (vinculado a la RDC); se han notificado 454 muertes, incluidas dos en Uganda. Al menos 229

pacientes se han recuperado de la enfermedad, 213 pacientes de la República Democrática del Congo y 16 pacientes de Uganda.

Hasta la fecha, se han notificado 102 casos confirmados, incluyendo 25 fallecimientos, entre trabajadores sanitarios y de cuidados en RDC y 4 casos en Uganda.

El riesgo continúa siendo muy alto en RDC, alto en Uganda y países que comparten frontera con RDC y bajo en el resto de África y a nivel mundial.

Mapa 5. Distribución de casos confirmados de la enfermedad por el virus de Bundibugyo a 01 de julio de 2026



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad del ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda. Fecha de publicación: 03 de julio de 2026. Fecha de consulta: 06 de julio de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON612>

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

En 2026, hasta la semana epidemiológica 25 se notificaron 22 974 casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios de la región de Las Américas, lo que representa un aumento del 181,0 % en comparación con el mismo periodo de 2025, se han notificado 38 defunciones. México, Guatemala, Estados Unidos y Canadá concentraron el 96,0 % de los casos confirmados.

En México se han confirmado 11 820 casos, con 16 defunciones relacionadas; la mayoría de los casos en 2026 se registraron en Jalisco (6 548), Ciudad de México (996) y Chiapas (841).

En Guatemala se han confirmado 7 067 casos, con 22 defunciones; la transmisión se ha reportado en los 22 departamentos, con mayor reporte en Guatemala Central. El último caso se reportó en la semana epidemiológica 23.

En Estados Unidos se han confirmado 2 134 casos, sin defunciones en 2026; el mayor número de casos en 2026 se ha registrado en Carolina del Sur (670), Utah (507), Texas (182), Florida (141), Virginia (128) y Arizona (86).

En Canadá se han confirmado 1 079 casos, sin defunciones en 2026; el mayor número de casos se ha registrado en Manitoba (670), Alberta (311), Columbia Británica (32) y Ontario (28). El último caso en Canadá se confirmó en la semana epidemiológica 22.

En Perú se han confirmado 737 casos, sin defunciones; el mayor número de casos se ha reportado en Puno (603), seguida de Arequipa (15), Lambayeque (3), Cusco (3), Lima (2) y Tacna (1).

Los países que han reportado casos en menor proporción son Bolivia (77), El Salvador (18), Belice (11), Colombia (8), Honduras (6), Costa Rica (5) y con menos de cinco (5) casos por país o territorio se encuentran Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Brasil, Chile, Panama y Uruguay.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe de Situación Regional N.º 6 Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 02 de julio de 2026. Fecha de consulta: 07 de julio de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/07/sarampion-sitrep6-2julio-2026-es.pdf>

Actualización brote de Hantavirus vinculado a viajes en cruceros, múltiples ubicaciones. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 02 de julio de 2026

La identificación del brote siguió a la notificación a la OMS el 02 de mayo de 2026 sobre casos graves de enfermedad respiratoria aguda a bordo del crucero M/V Hondius. Con corte al 02 de julio de 2026, se han notificado un total de 13 casos, incluyendo tres (3) defunciones para una letalidad del 23,0 %. Doce casos han sido confirmados en laboratorio para infección por el virus Andes (ANDV) y un (1) caso es probable. Todos los casos confirmados corresponden a personas que viajaron a bordo del M/V Hondius. De los diez casos ingresados en hospitales, ocho (8) se han recuperado y han sido dados de alta, mientras que dos (2) siguen recibiendo tratamiento médico.

Todos los contactos identificados han completado el periodo de seguimiento de 42 días por parte de las autoridades sanitarias locales, conforme a las directrices de la OMS. La finalización del seguimiento de contactos, sin detectar casos secundarios adicionales demuestra una interrupción efectiva de la transmisión y confirma la contención del brote.

De acuerdo con la OMS, este brote ya no supone un riesgo para la salud pública y no se espera una transmisión adicional relacionada.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Brote de hantavirus vinculado a los viajes en cruceros, múltiples ubicaciones. Fecha de publicación: 02 de julio de 2026. Fecha de consulta: 06 de julio de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON611>

Referencias

1. Climate Prediction Center, National Centers for Environmental Prediction, National Weather Service, National Oceanic and Atmospheric Administration. ENSO: evolución reciente, estado actual y predicciones [Internet]. College Park (MD): NOAA; 2026 Jul 6 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: https://www.cpc.ncep.noaa.gov/products/analysis_monitoring/lanina/enso_evolution-status-fcsts-web.pdf
2. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Informe de predicción climática a corto, mediano y largo plazo [Internet]. Bogotá D.C.: IDEAM; 2026 Jun 17 [citado 2026 Jul 9]. Disponible en: https://bart.ideam.gov.co/wrfideam/new_modelo/CPT/informe/Informe.pdf

3. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud; Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Boletín de Clima y Salud. Edición especial: Preparación en salud pública ante altas temperaturas y probable instauración del Fenómeno de El Niño en Colombia, 2026 [Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud; IDEAM; 2026 jun. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Factores-de-Riesgo-Ambiental.aspx>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 26 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 26

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	28	1	0	278	32	40	457	26	58	68	10	8	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Antioquia	302	13	12	11109	1372	1662	2056	329	476	769	135	179	19	4	1	168	64	16	53	6	7
Arauca	63	1	1	559	58	77	1417	143	405	463	41	127	14	2	7	0	1	0	21	3	5
Atlántico	39	5	0	2274	281	318	1660	104	201	748	58	84	17	4	0	1	1	0	8	2	0
Barranquilla D.E.	5	0	0	2589	263	396	1728	74	146	761	33	82	16	2	0	3	1	0	19	2	3
Bogotá D.C.	1	0	0	12674	1697	1828	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	16	11	2	0	0
Bolívar	136	7	6	1599	209	247	4471	290	996	1783	141	401	65	6	12	3	0	1	3	1	0
Boyacá	42	1	0	3777	482	562	147	34	64	69	13	30	1	0	1	4	0	0	2	0	0
Buenaventura D.E.	12	0	1	80	10	10	75	23	17	25	9	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Caldas	41	1	2	2246	282	349	110	24	28	45	14	4	1	0	1	3	2	0	19	3	2
Santiago de Cali D.E.	7	0	0	2882	389	423	793	470	137	290	188	42	2	5	0	3	23	1	88	14	3
Caquetá	91	2	4	648	89	85	361	115	61	185	57	25	9	1	2	0	0	0	5	1	1
Cartagena de Indias D.T.	13	0	1	1353	132	214	2463	106	180	473	33	27	23	2	0	1	0	0	1	0	0
Casanare	80	5	1	1185	113	169	2062	222	853	605	83	214	13	3	8	1	3	0	5	1	2
Cauca	70	2	3	3347	431	440	120	88	28	45	29	8	1	1	0	2	10	0	14	2	0
Cesar	117	9	4	1660	197	272	4814	210	664	2743	136	345	30	5	6	1	1	0	22	5	1
Chocó	118	4	4	188	17	22	516	107	102	121	20	31	6	1	1	0	0	0	1	0	1
Córdoba	176	10	1	2875	380	401	1961	276	259	823	137	118	10	4	1	1	1	0	2	0	0
Cundinamarca	51	1	5	8531	1026	1264	899	185	180	307	82	52	6	1	1	7	3	0	5	1	0
Guainía	5	0	0	142	11	13	8	4	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	48	2	3	194	58	24	425	34	152	83	7	21	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	74	2	2	3825	358	586	737	214	123	285	89	49	37	6	5	7	1	0	24	1	0
La Guajira	65	4	5	1324	236	197	2820	96	249	1502	67	129	51	2	1	2	1	0	4	1	0
Magdalena	85	6	2	1341	184	169	3323	89	453	1673	60	224	25	2	2	0	0	0	4	1	2
Meta	146	8	2	2453	290	332	9504	567	2079	2876	196	559	86	5	17	8	7	1	16	1	4
Nariño	61	2	3	4232	529	630	395	67	75	174	22	25	4	1	2	2	1	0	7	1	1
Norte de Santander	180	4	4	4020	456	626	3428	301	521	1317	146	172	58	5	5	17	14	1	4	0	0
Putumayo	81	2	6	1050	127	170	318	111	66	79	31	21	4	1	1	0	0	0	4	0	0
Quindío	9	0	0	1847	219	262	195	28	48	47	9	11	3	0	2	0	1	0	3	1	0
Risaralda	41	0	1	2426	319	370	110	29	20	49	12	12	1	0	0	4	3	1	10	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	197	26	33	9	3	3	2	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Santa Marta D.T.	20	0	0	1088	126	169	1922	25	117	860	15	62	8	1	0	1	0	0	6	1	0
Santander	107	6	4	4594	515	671	3669	481	516	1353	202	213	24	5	5	49	4	3	6	1	0
Sucre	48	3	1	1574	195	251	913	260	176	438	157	72	14	6	4	1	0	1	1	0	0
Tolima	88	3	0	4180	498	660	1826	407	350	534	160	102	22	4	3	2	3	0	14	2	2
Valle del Cauca	40	3	0	5109	606	702	895	391	210	301	152	71	6	3	3	1	1	0	37	7	7
Vaupés	22	1	1	124	15	14	26	6	16	5	0	1	0	0	0	1	0	0	7	2	0
Vichada	23	0	0	124	19	17	52	16	13	18	5	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	2.535	108	79	99.698	12.246	14.675	56.685	5.955	10.043	21.921	2.553	3.535	578	82	92	323	164	37	418	61	41

45

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 26

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	1200	141	106	1	6	0	3193	646	345	191	17	23	0	0	0	1499	409	196	5	9	5
Antioquia	4524	1096	683	135	97	28	523568	86928	70263	21466	3896	2463	2125	971	620	199796	33368	30573	372	425	372
Arauca	131	5	17	5	6	1	11306	2513	2201	1218	173	390	30	3	8	4262	797	667	31	32	31
Atlántico	0	0	0	3	13	1	76233	13992	9940	2005	279	163	1340	235	303	29004	5310	4561	60	112	60
Barranquilla D.E.	0	0	0	12	18	2	111024	20305	15899	5979	506	633	702	286	226	39663	7192	5843	106	133	106
Bogotá D.C.	1	0	0	106	106	44	791344	169005	123177	39244	7505	6313	4857	2016	1546	376548	54616	51224	373	393	373
Bolívar	1036	144	170	16	12	7	70235	12331	10293	1711	231	241	235	107	79	16612	3313	2150	101	113	101
Boyacá	139	0	10	21	13	2	62897	14574	11736	3616	713	776	200	101	68	24087	4056	3264	54	71	54
Buenaventura D.E.	832	195	201	10	5	4	5289	824	958	27	9	4	8	1	2	1750	571	297	30	40	30
Caldas	9	2	1	14	6	4	44208	8435	6511	1880	336	254	706	216	236	16319	2838	2336	47	50	47
Santiago de Cali D.E.	1	1	0	62	41	14	126474	26271	17436	3198	730	367	349	110	65	83987	12377	13494	124	147	124
Caquetá	234	11	22	13	9	7	18105	3847	3152	1348	190	237	11	11	2	8337	1553	1153	28	33	28
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	10	12	2	88599	17707	11784	6094	406	1059	917	283	333	26437	4757	3478	82	119	82
Casanare	21	3	1	7	3	3	12399	3236	2532	226	82	49	84	13	18	5638	1154	832	21	39	21
Cauca	1083	290	194	26	13	8	52823	11093	7115	2501	311	352	123	85	28	19492	4934	2632	97	120	97
Cesar	7	2	1	24	11	8	57815	12459	8273	2661	670	441	209	73	67	12685	4174	1732	109	131	109
Chocó	10627	2527	1848	14	7	3	13578	2299	1606	709	177	118	23	6	12	8839	1023	1253	76	93	76
Córdoba	2650	881	370	10	13	4	108110	18614	16558	5820	538	922	938	239	283	24525	5077	3464	130	190	130
Cundinamarca	3	0	0	45	29	15	181319	37966	27938	8544	1265	1790	561	398	183	83307	11848	11026	192	206	192
Guainía	1914	257	113	0	0	0	899	239	175	54	22	7	0	0	0	818	136	92	13	10	13
Guaviare	629	96	69	1	2	1	2845	728	517	534	47	100	33	8	8	2174	289	317	2	8	2
Huila	1	0	0	19	11	5	41185	12720	6496	2550	581	409	325	142	101	19923	3849	2480	90	90	90
La Guajira	12	1	0	6	8	2	137207	18895	22100	2102	555	280	401	64	118	21503	4403	3357	140	199	140
Magdalena	5	1	0	8	9	6	66483	8353	9807	2036	282	428	14	10	3	18297	3819	2367	58	95	58
Meta	933	53	137	8	8	3	43616	9524	8808	1810	340	388	122	92	36	24468	4381	3647	72	90	72
Nariño	1989	954	194	41	28	10	61915	14871	8030	4244	560	613	102	25	30	23857	5794	3050	90	104	90
Norte de Santander	409	131	68	43	21	10	89041	13373	9906	6206	950	834	510	178	110	27946	5407	3839	86	109	86
Putumayo	48	6	6	5	6	1	20734	2849	3093	702	142	141	28	10	7	7508	1016	893	19	30	19
Quindío	2	2	0	9	3	2	27561	6278	3434	1497	313	241	287	71	85	16270	2582	2106	33	29	33
Risaralda	1317	332	137	40	12	14	57715	9776	10099	1828	355	247	186	84	53	21207	3674	3131	49	56	49
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	0	1	2	0	3214	719	544	429	79	56	9	0	4	1208	287	178	2	6	2
Santa Marta D.T.	0	0	0	7	4	2	30603	5907	4511	1983	245	276	457	163	154	10430	1358	1436	41	45	41
Santander	10	2	1	64	26	22	136142	18880	17691	9180	1341	1401	1327	392	438	53781	7021	10569	95	114	95
Sucre	27	7	5	13	8	2	52444	8172	7220	4057	595	443	513	228	138	12866	3227	2092	65	92	65
Tolima	19	0	3	11	11	1	72427	15229	8702	5273	754	530	237	87	85	30393	4918	4003	57	76	57
Valle del Cauca	19	5	4	25	25	6	73732	15325	10650	2057	317	327	598	123	170	36081	6400	4907	83	108	83
Vaupés	741	210	425	4	3	1	3208	372	383	68	14	10	0	3	0	1474	110	246	4	7	4
Vichada	1045	106	95	2	3	0	1186	492	206	2	4	0	0	0	0	817	245	170	21	19	21
Total nacional	31.622	7.617	4.536	841	633	245	3.280.676	625.747	480089	155.050	25.530	23.326	18.567	6.834	5.619	1.313.808	218.285	189.055	3.058	3.741	3.058

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 26

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables; Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	0	1	62	5	5	1	0	0
Antioquia	7	7	0	303	55	29	11	3	0	854	76	66	1422	203	148	172	35	42
Arauca	2	0	0	17	2	1	0	1	0	23	1	2	58	12	2	6	2	0
Atlántico	1	2	0	40	4	3	1	0	0	14	1	1	434	66	43	24	4	10
Barranquilla D.E.	1	1	0	89	6	9	0	0	0	36	4	4	567	59	49	51	16	22
Bogotá D.C.	11	7	0	775	115	112	429	3	15	771	129	76	2551	421	345	650	162	209
Bolívar	6	2	0	25	2	6	1	0	0	23	2	2	256	25	30	13	3	0
Boyacá	1	1	0	82	16	12	9	1	0	65	5	5	390	66	42	62	9	22
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	21	2	3	0	0	0
Caldas	2	1	0	21	5	4	2	0	0	20	2	2	250	29	52	7	1	0
Santiago de Cali D.E.	0	2	0	77	19	5	0	0	0	27	3	4	540	73	60	57	8	14
Caquetá	0	1	0	16	2	3	1	0	0	3	1	0	126	13	8	1	0	0
Cartagena de Indias D.T.	0	2	0	35	5	3	0	0	0	46	2	3	263	38	24	29	12	3
Casanare	1	1	1	30	2	1	0	0	0	43	1	1	126	13	10	3	1	1
Cauca	0	2	0	29	6	3	2	0	0	18	2	0	148	26	18	42	1	7
Cesar	1	3	0	46	4	5	0	0	0	58	3	11	401	28	35	12	2	4
Chocó	0	1	0	3	0	0	0	0	0	103	5	5	16	4	2	7	0	1
Córdoba	2	3	0	92	13	15	0	0	0	14	2	0	651	76	63	29	3	3
Cundinamarca	3	4	0	190	30	15	146	2	3	138	29	10	1176	146	173	114	29	31
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	13	2	0	0	0	0
Guaviare	1	0	0	3	1	1	0	1	0	2	0	1	28	3	2	2	1	0
Huila	6	2	0	82	13	10	3	1	0	28	8	3	223	37	39	5	1	0
La Guajira	0	2	0	15	2	1	0	0	0	29	1	5	210	21	35	13	3	3
Magdalena	1	1	0	17	2	3	0	1	0	11	2	0	195	16	25	3	3	0
Meta	5	1	0	31	7	2	7	1	0	91	8	16	208	46	25	17	5	4
Nariño	7	2	0	68	13	8	1	1	0	46	10	5	413	54	61	16	0	3
Norte de Santander	1	2	0	98	14	11	0	0	0	89	4	9	940	61	57	11	2	5
Putumayo	1	1	0	29	4	3	0	1	0	16	1	1	86	17	5	6	0	1
Quindío	0	1	0	30	3	3	1	1	0	16	1	1	179	26	19	22	3	3
Risaralda	0	1	0	30	5	3	1	0	0	76	1	1	275	39	30	12	1	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	4	0	0	0	1	0	3	0	0	45	2	2	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	9	1	0	0	0	0	12	2	0	140	7	15	5	1	4
Santander	3	3	0	47	9	5	1	0	0	152	10	4	577	52	42	50	18	15
Sucre	2	1	0	27	7	2	2	1	0	25	8	0	252	27	37	22	5	1
Tolima	4	2	0	21	5	4	6	1	0	20	4	1	349	58	58	20	4	4
Valle del Cauca	2	3	0	78	13	7	1	0	0	9	2	1	578	83	68	14	2	5
Vaupés	0	0	0	3	0	0	1	1	0	90	0	4	13	0	0	2	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	3	1	0	19	1	0	65	1	3	1	0	1
Total nacional	72	59	1	2.463	403	289	630	20	18	3.000	331	245	14.247	1.902	1.635	1.502	337	420

47

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 26

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	32	31	0	0	39	51	8	3
Antioquia	1	1	0	0	1144	1426	0	3	2698	2839	628	349
Arauca	1	0	0	0	154	104	0	0	85	130	11	9
Atlántico	0	0	0	0	196	175	0	0	485	442	1	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	121	103	0	0	466	464	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	1790	1398	0	0	2701	3061	0	0
Bolívar	0	2	0	0	255	318	1	0	294	251	231	220
Boyacá	2	0	0	0	270	282	0	0	532	466	99	62
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	86	73	0	0	50	49	9	15
Caldas	0	0	0	0	99	107	0	0	612	622	108	53
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	263	288	0	0	888	1024	1	0
Caquetá	0	0	0	0	105	82	0	0	126	109	138	87
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	172	292	0	0	289	303	1	0
Casanare	6	0	0	2	184	140	0	0	149	132	4	4
Cauca	0	0	0	0	162	171	0	0	430	460	30	12
Cesar	3	0	0	0	408	486	0	0	307	309	111	196
Chocó	0	0	0	0	441	489	0	0	62	94	137	112
Córdoba	1	2	0	0	303	331	0	0	531	580	105	66
Cundinamarca	1	0	0	0	708	659	0	0	1165	1446	110	56
Guainía	0	0	0	0	32	13	0	0	14	11	9	6
Guaviare	0	0	0	0	55	39	0	0	30	36	164	74
Huila	0	0	0	0	236	221	0	1	420	422	5	6
La Guajira	0	0	0	0	951	850	0	0	152	174	16	20
Magdalena	0	0	0	0	333	316	0	0	193	192	4	6
Meta	1	0	0	0	234	265	0	0	355	307	105	59
Nariño	0	0	0	0	378	397	0	0	757	745	135	59
Norte de Santander	1	1	0	0	375	308	0	0	563	628	129	73
Putumayo	0	0	0	0	110	114	0	0	161	127	152	29
Quindío	0	0	0	0	56	50	0	0	264	271	0	0
Risaralda	0	0	0	0	233	231	0	0	612	618	62	42
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	6	9	0	0	13	19	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	60	86	0	0	154	159	8	9
Santander	3	0	0	0	259	250	0	0	840	853	390	504
Sucre	1	0	0	0	147	219	0	0	250	227	60	54
Tolima	1	0	0	0	188	185	0	1	601	577	128	56
Valle del Cauca	0	0	0	0	268	337	0	1	669	732	9	5
Vaupés	0	0	0	0	33	14	0	0	41	38	24	3
Vichada	0	0	0	0	154	97	0	0	12	17	19	24
Total nacional	22	6	0	0	10.999	10.956	1	6	18.009	18.985	3.028	2.275

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 26

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1
Antioquia	15	5	12	7	4	2	13	22	6	5	70	241
Arauca	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	3	1
Atlántico	2	1	3	0	1	0	2	2	3	0	16	16
Barranquilla D.E.	2	3	2	0	1	1	2	4	1	1	13	17
Bogotá D.C.	0	1	10	10	0	1	24	16	0	0	79	613
Bolívar	3	0	4	0	1	0	4	6	2	3	12	4
Boyacá	1	1	2	1	1	0	3	1	1	0	13	16
Buenaventura D.E.	2	2	1	0	0	1	1	1	2	0	3	3
Caldas	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	11	9
Santiago de Cali D.E.	5	1	3	1	1	0	5	1	0	0	23	31
Caquetá	6	1	2	3	0	0	4	1	2	0	4	5
Cartagena de Indias D.T.	5	1	3	4	1	0	4	4	1	0	10	28
Casanare	0	0	1	1	1	0	0	3	1	1	5	6
Cauca	0	0	5	2	2	1	5	3	0	1	16	1
Cesar	1	0	7	4	3	3	4	8	8	6	15	16
Chocó	0	2	6	4	13	11	20	16	22	17	6	10
Córdoba	0	1	4	0	1	0	4	9	4	1	20	22
Cundinamarca	2	1	6	4	0	0	8	7	0	0	36	86
Guainía	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1
Guaviare	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Huila	3	1	3	1	0	1	3	3	2	0	12	32
La Guajira	0	0	9	6	14	9	20	14	25	12	11	2
Magdalena	2	1	3	3	1	3	4	2	8	0	10	5
Meta	1	0	2	1	1	3	4	6	3	0	12	21
Nariño	1	0	6	4	0	2	6	5	2	0	17	18
Norte de Santander	2	0	4	0	1	0	2	3	2	0	17	41
Putumayo	0	0	1	0	0	2	1	0	1	1	4	5
Quindío	1	1	1	1	0	0	2	1	0	0	6	12
Risaralda	3	3	3	2	6	2	4	5	4	0	10	11
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Marta D.T.	0	1	2	1	1	1	1	0	0	1	6	10
Santander	2	0	2	0	0	1	2	3	1	0	24	30
Sucre	1	0	2	2	0	1	3	1	0	0	10	11
Tolima	9	12	3	2	1	1	5	4	0	1	14	17
Valle del Cauca	2	3	2	1	1	0	6	2	3	1	21	46
Vaupés	0	0	0	0	2	2	1	0	2	0	1	0
Vichada	0	0	1	1	1	0	2	3	5	6	2	0
Total nacional	339	317	114	66	68	49	174	156	123	57	535	1.390

49

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 26

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	2	1	10	13	0	0	30	37	1	0	319	282
Antioquia	80	60	625	754	1	1	1896	2483	62	62	11403	8741
Arauca	16	10	93	82	0	0	72	68	1	1	611	714
Atlántico	19	9	183	180	1	0	247	327	9	13	1292	1256
Barranquilla D.E.	23	13	211	197	1	2	437	490	11	19	1281	1533
Bogotá D.C.	68	51	445	531	0	0	673	756	19	21	15565	15215
Bolívar	22	10	151	156	1	3	106	113	2	2	1192	1210
Boyacá	14	5	55	47	0	0	86	103	1	1	2228	2140
Buena Ventura D.E.	12	7	77	79	0	0	92	114	2	5	184	163
Caldas	10	8	70	80	0	0	168	166	2	4	1525	1713
Santiago de Cali D.E.	14	20	239	359	0	0	771	773	27	20	3804	3194
Caquetá	5	3	44	40	0	0	135	153	3	5	557	536
Cartagena de Indias D.T.	37	24	178	233	0	0	235	278	3	7	730	964
Casanare	19	14	72	86	0	0	81	109	3	2	438	546
Cauca	8	6	92	121	0	0	151	138	2	1	1675	1685
Cesar	22	16	171	150	1	0	233	252	2	7	1035	1066
Chocó	26	19	132	112	0	0	121	140	1	0	223	257
Córdoba	14	13	163	149	2	0	148	170	4	2	1739	1704
Cundinamarca	36	19	195	234	0	0	267	347	7	10	7052	7725
Guainía	3	5	9	9	0	0	11	12	0	0	104	109
Guaviare	2	2	13	10	0	0	20	28	1	0	160	230
Huila	5	10	79	96	0	1	234	239	5	4	3120	3187
La Guajira	33	16	196	162	0	0	285	409	4	5	683	736
Magdalena	17	5	122	132	1	0	94	111	1	4	723	702
Meta	27	39	126	159	0	0	342	384	12	12	1248	1350
Nariño	9	9	119	131	0	1	94	129	3	5	2260	2601
Norte de Santander	50	14	259	241	0	0	372	467	8	8	1910	2171
Putumayo	3	4	51	51	0	1	54	58	2	0	700	866
Quindío	5	6	48	57	0	0	142	167	2	5	1321	1290
Risaralda	14	7	92	98	0	1	327	371	12	5	1861	1874
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	4	3	0	0	6	9	0	1	122	125
Santa Marta D.T.	10	5	63	109	0	0	141	173	3	1	357	301
Santander	34	11	227	250	0	0	561	723	15	11	3204	3571
Sucre	8	8	107	101	0	1	56	48	0	1	929	929
Tolima	13	15	80	102	0	1	300	388	8	10	1590	1735
Valle del Cauca	14	14	160	236	0	0	377	554	12	12	3630	3772
Vaupés	1	2	3	4	0	0	10	16	0	0	138	215
Vichada	5	5	21	21	0	0	18	15	0	0	121	122
Total nacional	729	485	5.129	5.575	6	12	9.393	11.318	250	266	77.033	76.530



Semana epidemiológica 26

28 de junio al 04 de julio de 2026

TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de fiebre tifoidea y paratifoidea, Colombia

Directora General INS
Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos
Dr. Hernán Quijada Bonilla
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo
Subdirectora de Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes
Subdirectora de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

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



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín Epidemiológico Semanal

Autores: tema central: Julián Andrés Delgadillo Páez. **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, Natalí Paola Cortés. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotes y alertas: Gestor sistema de alerta temprana,** Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Paola Natali Cortés, Angelica María Rico Turca, Mónica Carolina Carreño Niño, Claudia Marcela Montaña Fuertes Eliana Mendoza Niño, Lady Alexandra Castillo Vargas. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Eliana Mendoza, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Lina Yessenia Lozano Lesmes. **Corrector de estilo:** María Fernanda Campos Maya. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

51 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.26>