

Accidente ofídico Accidente por otros animales venenosos

*Conciencia, educación y prevención: respetas la
naturaleza y te proteges tú.*

Semana
epidemiológica

05 al 11 de julio de 2026

27

Imagen generada por Google Gemini (Google, 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



Pág.



Situación nacional

12



Mortalidad

17



Eventos trazadores

25



Brotes y alertas

44



Tablas de mando por departamento

50

Accidente ofídico

El envenenamiento por mordedura de serpiente es una crisis de salud pública, que es considerada como una enfermedad tropical desatendida de categoría A por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 2017 (1). A nivel mundial, causa entre 4,5 y 5,4 millones de mordeduras anuales, provocando hasta 138 000 muertes y 400 000 discapacidades permanentes (1). En las Américas, se estiman entre 60 000 y 500 000 casos al año, una cifra variable debido al subregistro en las regiones más aisladas (2).

Esta problemática tiene un fuerte componente ecológico y ocupacional impulsado por la transformación del paisaje. En Colombia, la deforestación y la expansión agrícola destruyen los refugios de los ofidios, obligándolos a desplazarse hacia zonas habitadas e incrementando el riesgo para los trabajadores del campo (3). Además, las temporadas de lluvias (abril-junio y octubre) generan picos epidemiológicos en el país, ya que las inundaciones reducen el terreno seco y activan los ciclos reproductivos de especies como las del género *Bothrops* (4).

De las 272 especies de serpientes en Colombia, solo 49 tienen importancia médica, divididas en dos familias principales (2). La familia *Viperidae*, con géneros como *Bothrops*, *Crotalus* y *Lachesis* las cuales cuentan con colmillos móviles y causa entre el 90,0 % y 95,0 % de los accidentes (2,5); su veneno proteolítico provoca hemorragias, edema y necrosis severa (3,6). En contraste, la familia *Elapidae* (corales y serpientes marinas) posee un veneno neurotóxico muy potente que bloquea la acetilcolina y causa parálisis flácida (3,7), pero solo representa menos del 1,0 al 2,0 % de los casos debido a sus hábitos poco reactivos (3).

A pesar de que Colombia cuenta con un sistema de notificación obligatoria desde 2004 (8), persiste un subregistro nacional del 44,5 %, que llega al 75,5 % en zonas como el Cauca debido al fuerte arraigo de la medicina tradicional, lo cual posterga la atención médica (3,9). Dado que una demora mayor a 6 horas para aplicar el suero antiofídico eleva drásticamente la mortalidad por complicaciones como la falla renal aguda (6,10), el accidente ofídico se mantiene como un claro indicador de inequidad en salud y un riesgo laboral desestimado para la población rural colombiana (3,9).

En total, a la semana epidemiológica 26 de 2026 se han notificado 2 535 casos procedentes del país, más 20 del exterior, con una incidencia nacional de 4,78 por 100 000 habitantes. Las mayores incidencias se registran en Guaviare (56,6), Vaupés (49,4) y Amazonas (32,6) (tabla 1). El 74,7 % son hombres y el 79,3 %



TEMA CENTRAL

Accidente ofídico Accidente por otros animales venenosos

Daniela Alexandra Jiménez Bohórquez, djimenezb@ins.gov.co

de los casos ocurren en áreas rurales. El 48,4 % de los afectados se dedica a la agricultura. El 95,5 % de los pacientes pertenecen a los estratos 1 y 2, y el 79,6% son de régimen subsidiado. Adicionalmente, se reportaron 315 casos en indígenas (12,4 %) y 116 en población afro (4,6 %).

Tabla 1. Casos e incidencias acumulada de accidente ofídico, por entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2026p

Entidad Territorial	Casos	Incidencia* 100.000 hab
Vaupés	22	49,45
Guaviare	48	56,58
Amazonas	28	32,60
Arauca	63	22,50
Caquetá	91	21,07
Putumayo	81	20,48
Chocó	118	19,68
Casanare	80	16,74
Vichada	23	14,92
Meta	146	12,51
Bolívar	136	10,97
Norte de Santander	180	10,48
Córdoba	176	8,74
Magdalena	85	8,76
Guainía	5	8,19
Cesar	117	7,83
Tolima	88	6,33
La Guajira	65	6,00
Huila	74	6,06
Cauca	70	4,34
Sucre	48	4,58
Antioquia	302	4,34
Santander	107	4,44
Risaralda	41	4,07
Buenaventura	12	3,58
Caldas	41	3,88

Entidad Territorial	Casos	Incidencia* 100.000 hab
Santa Marta	20	3,40
Nariño	61	3,54
Boyacá	42	3,24
Valle del Cauca	40	1,90
Atlántico	39	2,42
Quindío	9	1,61
Cundinamarca	51	1,42
Cartagena de Indias	13	1,29
Barranquilla	5	0,39
Santiago de Cali	7	0,31
Bogotá, D.C.	1	0,01
San Andrés	0	0,00

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

El accidente ofídico se clasifica según la familia de la serpiente involucrada. En 2026, con corte a la semana epidemiológica 26, la distribución de los casos fue la siguiente:

1. Familia Viperidae (65,6 % de los casos identificados):

- **Bothrops (64,2 %):** provoca efectos proteolíticos, coagulantes, hemorrágicos y nefrotóxicos. Clínicamente se presenta con dolor, edema, dermonecrosis y hemorragias. Se han notificado 16 627 casos.
- **Crotalus (1,2 %):** el veneno es neurotóxico y miotóxico. Causa facies miasténicas, parálisis respiratoria y mioglobinuria. Se han notificado 31 casos.
- **Lachesis (0,2%):** el cuadro clínico es similar a la familiabotrópico pero suma un efecto vagal (hipotensión, bradicardia, diarrea). Se han notificado 4 casos.

2. Familia Elapidae (1,24 % de los casos notificados): incluye corales (*Micrurus*) y la serpiente marina (*Hydrophis platurus*). Su veneno es altamente neurotóxico, causando parálisis neuromuscular, ptosis palpebral y disnea. Actualmente, se han notificado 32 casos por *Micrurus* y uno (1) por *Hydrophis platurus*.

3. Familia Colubridae (3,1 % de los casos notificados): culebras mayoritariamente no venenosas, se han notificado 78 casos. Causan dolor local leve y sangrado escaso. Es vital diferenciarlas para evitar el uso iatrogénico de antiveneno.

4. Familia *Boidae* (0,7 % de los casos notificados): boas y anacondas, se han notificado 17 casos. No son venenosas; su daño es mecánico por mordedura y constricción. No requieren antiveneno.

5. Sin identificar (23,7 % de los casos notificados): se registran 601 casos donde no se reconoció la serpiente.

En cuanto a la dinámica del accidente y atención inicial, el 61,5 % de las mordeduras ocurren en los miembros inferiores, lo cual se relaciona con la falta de protección en labores agrícolas; y persisten conductas inadecuadas como el uso de torniquetes (24,5 %). Las complicaciones más frecuentes son la celulitis (9,3 %), seguida por la hemorragia subaracnoidea (0,5 %) y la falla renal aguda (0,4 %).

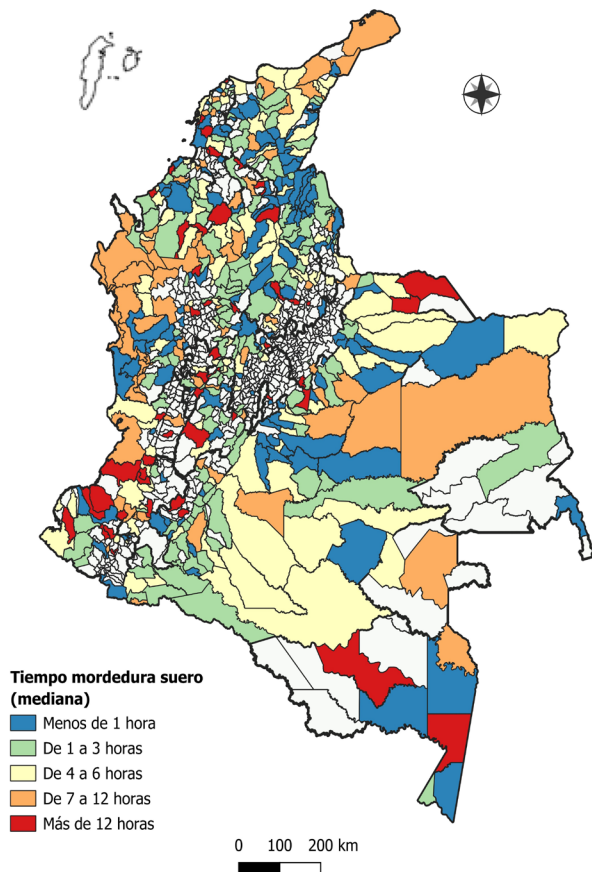
Con relación al tratamiento con antiveneno (suero antiofídico), a nivel nacional, su uso alcanza el 78,5 %. Sin embargo, en entidades como Bogotá, D.C., Santiago de Cali, Valle del Cauca y Atlántico, el indicador es inferior al 40,0 % (tabla 2). Adicionalmente, se observa que la mediana del tiempo transcurrido entre la mordedura y la administración del suero supera las seis horas en varios municipios del país (mapa 1).

Tabla 2. Indicador de uso de antiveneno, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2026p

Entidad territorial de notificación	Con uso antiveneno	Sin uso antiveneno	Porcentaje uso antiveneno	Entidad territorial de notificación	Con uso antiveneno	Sin uso antiveneno	Porcentaje uso antiveneno
Barranquilla	11	0	100,0	Magdalena	54	15	78,3
Vichada	20	0	100,0	Guaviare	46	13	78,0
Quindío	2	0	100,0	Cesar	88	26	77,2
Casanare	72	3	96,0	Cundinamarca	26	8	76,5
Putumayo	53	3	94,6	Córdoba	106	37	74,1
Vaupés	17	1	94,4	Tolima	54	19	74,0
Nariño	40	4	90,9	Bolívar	70	26	72,9
Boyacá	37	4	90,2	Caldas	22	9	71,0
Caquetá	79	10	88,8	Santander	61	29	67,8
Huila	37	5	88,1	La Guajira	43	24	64,2
Norte de Santander	144	20	87,8	Cartagena de Indias	12	8	60,0
Arauca	50	8	86,2	Risaralda	19	14	57,6
Chocó	73	12	85,9	Cauca	35	26	57,4
Antioquia	225	39	85,2	Buenaventura	7	6	53,8
Santa Marta	20	4	83,3	Sucre	25	22	53,2
Meta	99	22	81,8	Atlántico	9	15	37,5
Amazonas	20	5	80,0	Valle del Cauca	9	15	37,5
Guainía	4	1	80,0	Santiago de Cali	4	7	36,4
				Bogotá, D.C.	1	4	20,0
				Nacional	1694	464	78,5

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

Mapa 1. Tiempo transcurrido entre el accidente ofídico y la administración de suero antiofídico, Colombia a semana epidemiológica 26 de 2026p



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

Por último, a semana epidemiológica 26 de 2026 se han registrado 14 muertes, con una letalidad de 0,5 %. El 78,5 % de estos casos eran hombres y el 92,8 % de los fallecimientos ocurrieron en áreas rurales. El género *Bothrops* fue responsable del 71,4 % de las muertes donde se identificó la serpiente. Adicionalmente, el 35,7 % de los fallecidos no recibieron antiveneno. Finalmente, las entidades con más muertes son Chocó y Córdoba, quienes encabezan la lista con tres (3) fallecimientos cada uno (tabla 3).

Tabla 3. Muertes y letalidad por entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 26p

Entidad territorial de salud	Muertes	Letalidad (%)
Chocó	3	2,7
Córdoba	3	1,8
Nariño	1	1,8
Putumayo	1	1,4
Magdalena	1	1,3
Cesar	1	0,9
Bolívar	1	0,8
Antioquia	2	0,7

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

Conclusiones sobre accidente ofídico

- **Perfil de alta vulnerabilidad social:** el accidente ofídico en Colombia afecta predominantemente a hombres (74,7%) en áreas rurales (79,3%), con un fuerte vínculo a la actividad agrícola (48,4%). Además, existe una marcada vulnerabilidad socioeconómica, ya que el 95,5% de los afectados pertenecen a los estratos 1 y 2.
- **Predominio del género *Bothrops*:** la familia *Viperidae*, y específicamente el género *Bothrops* (mapaná, talla X), es el principal agente causal, representando el 64,2% de los casos identificados y el 71,4% de las muertes donde se reconoció la serpiente.
- **Ubicación de las lesiones:** la mayoría de las mordeduras ocurren en los miembros inferiores (61,5%), lo cual refuerza la necesidad de promover el uso de protección adecuada durante las labores de campo.
- **Acceso al tratamiento:** aunque el uso nacional de antiveneno es del 78,5 %, el 35,7% de las personas fallecidas no recibieron antiveneno, lo que sugiere fallas en el acceso oportuno o en la disponibilidad del tratamiento en zonas remotas.
- **Prácticas inadecuadas:** persisten conductas de riesgo en la atención inicial, como el uso de torniquetes (24,5 %), lo cual puede agravar el cuadro clínico y generar complicaciones adicionales

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). SNAKEBITE ENVENOMING A strategy for prevention and control [Internet]. 2019. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico y tratamiento del envenenamiento por serpientes en América Latina y el Caribe. OPS [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [cited 2026 Jan 23]. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275330289> doi:10.37774/9789275330289
3. Bernal R. Serpientes de Colombia-Guía de Campo. Serie de Guías Tropicales de Campo. Conservación Internacional Colombia. 2025. Disponible en: https://www.conservation.org.co/media/Serpientes_ColombiaVDigital.pdf
4. Bravo-Vega C, Santos-Vega M, Cordovez JM. Disentangling snakebite dynamics in Colombia: How does rainfall and temperature drive snakebite temporal patterns? PLoS Negl Trop Dis. 2022 Mar 1;16(3). doi:10.1371/journal.pntd.0010270 PubMed PMID: 35358190.
5. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Accidente ofídico Colombia 2024. INS [Internet]. 2025 [cited 2026 May 24]. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ACCIDENTE%20OFIDICO%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>
6. Azuara Antonio O, Ortiz MI, Mateos Mauricio FA, Madrigal Anaya J del C, Hernández-Ramírez L. Fisiopatología de Accidente Ofídico por Bothrops (Bothrópico). Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2024 Jun 5;12(24):40–6. doi:10.29057/icsa.v12i24.12330
7. OPS/OMS. Manual para la identificación, prevención y tratamiento de mordeduras de serpientes venenosas en Centro América, Volumen I: Guatemala [Internet]. 2009 [cited 2026 May 24]. Available from: <https://iris.paho.org/items/379a65f8-a134-4b2e-8d92-982e98b9c8a2>
8. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Accidente Ofídico - Accidentes por otros animales venenosos. Instituto Nacional de Salud [Internet]. Colombia; 2024. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_AO_Venenosos_2024.pdf

9. Sevilla-Sánchez MJ, Ayerbe-González S, Bolaños-Bolaños E. Biomedical and epidemiological aspects of the accident for snakebite in the department of Cauca, Colombia (2009 - 2018). Biomedica. 2021;41(2):1–62. doi:10.7705/biomedica.5853 PubMed PMID: 34214272.
10. Wood D. Clinical Risk Factors Associated with Poor Outcomes in Snake Envenoming: A Narrative Review. Toxins. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2023. doi:10.3390/toxins15120675 PubMed PMID: 38133179.

Accidente por otros animales venenosos

Los accidentes provocados por animales venenosos son un problema de salud pública mundial que afecta sobre todo a comunidades vulnerables en regiones tropicales y subtropicales, sumando cerca de 5 millones de casos al año (1,2). En Latinoamérica y el Caribe se registran las tasas más altas de afectación; puntualmente en 2020, el escorpionismo lideró los reportes con el 76,1 % de los casos, seguido por el accidente ofídico, el araneismo y el accidente lonómico (2). En Colombia, la gran biodiversidad y la expansión urbana y agrícola facilitan estos encuentros (3).

El escorpionismo en el país es causado principalmente por los géneros *Tytilus* y *Centruroides*, cuyo veneno altera los canales de sodio y potasio, provocando una liberación masiva de neurotransmisores (4,5). Esto desencadena graves complicaciones cardiorrespiratorias, como edema pulmonar y choque cardiogénico, que impactan de forma desproporcionada y letal a niños menores de 10 años debido a su baja masa corporal y mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica (6,7).

Por otra parte, las arañas de importancia médica son los géneros *Phoneutria*, *Loxosceles* y *Latrodectus* (8). Las especies de *Loxosceles* pueden habitar dentro de las casas y su veneno causa loxoscelismo, que destruye tejidos de la piel y puede provocar insuficiencia renal aguda o coma, aunque suele estar subdiagnosticado en Colombia (8,9). En contraste, las viudas negras (*Latrodectus*) predominan en zonas rurales, tienen un comportamiento estacional ligado a meses cálidos y su veneno neurotóxico genera intensos dolores y espasmos musculares (8,10).

La *Phoneutria* un género agresivo que no teje telas y se refugia en los cultivos de banano y palma africana (8). Debido a su hábitat, las personas principalmente afectadas en Colombia son trabajadores rurales masculinos en edad productiva,

lo que le da un marcado carácter ocupacional (3,8). Además, las orugas del género *Lonomia*, causan un síndrome hemorrágico grave que puede derivar en falla renal o hemorragias cerebrales si no se trata a tiempo (11,12).

Dada su ubicación tropical, Colombia alberga múltiples especies venenosas que causan discapacidad y muerte, especialmente en sectores rurales y agrícolas (13). Es por esto que, a partir de 2024, el Instituto Nacional de Salud (INS) incluyó formalmente estos accidentes en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) bajo el código 101 (13).

El accidente escorpiónico o escorpionismo, registró 2 535 casos notificados hasta la semana epidemiológica 26 de 2026. Las entidades territoriales con mayor número de casos e incidencia son Tolima (587 casos; 42,2 por 100 000 habitantes) y Huila (532 casos; 43,5 por 100 000 habitantes) (tabla 4). A diferencia de otros eventos, el escorpionismo es un riesgo eminentemente doméstico (46,5 %). El 53,1 % de los afectados son mujeres y el 52,8 % de los casos ocurren en zonas rurales. En cuanto al lugar anatómico del accidente, el principal son las extremidades superiores (22,6 %) y específicamente los dedos de la mano (31,2 %). La complicación más frecuente es la celulitis (2,7 %), y se reporta una letalidad nacional de 0,04 con una muerte notificada en Antioquia.

Tabla 4. Casos e incidencia de accidente escorpiónico por entidad territorial, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2026

Entidad territorial	Casos		Incidencia		Entidad territorial	Casos		Incidencia	
	2025	2026	2025	2026		2025	2026	2025	2026
Tolima	423	587	30,51	42,2	Caquetá	21	13	4,89	3,01
Huila	504	532	41,7	43,54	Bogotá	13	11	0,16	0,14
Norte de Santander	180	272	10,53	15,83	Amazonas	9	10	10,58	11,64
Antioquia	239	254	3,45	3,65	Atlántico	7	8	0,44	0,5
Cundinamarca	75	177	2,12	4,91	Casanare	9	7	1,9	1,46
Santander	35	83	1,46	3,44	Sucre	5	7	0,48	0,67
Putumayo	52	81	13,31	20,48	Cali	1	5	0,04	0,22
Caldas	56	65	5,31	6,15	Barranquilla	6	4	0,47	0,31
Nariño	29	65	1,69	3,78	Arauca	8	3	2,87	1,07
Santa Marta	43	59	7,38	10,02	Buenaventura	3	3	0,9	0,89
Quindío	30	49	5,38	8,78	Chocó	2	3	0,34	0,5
Risaralda	12	41	1,2	4,07	Guaviare	6	2	7,08	2,36
Boyacá	15	40	1,16	3,09	Bolívar	1	2	0,08	0,16
Valle del Cauca	31	38	1,48	1,8	Magdalena	0	2	0	0,21
Meta	20	27	1,73	2,31	Vaupés	1	1	2,27	2,25
Cauca	13	25	0,81	1,55	Vichada	1	0	0,67	0
La Guajira	3	22	0,28	2,03	Cartagena	0	0	0	0
Cesar	15	20	1,02	1,34	Guainía	0	0	0	0
Córdoba	16	15	0,8	0,74	Archipiélago de San Andrés	0	0	0	0

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

En cuanto al uso de antiveneno, de los 316 casos que lo requerían por su clasificación de gravedad, el 69,0 % lo recibió, evidenciando brechas en departamentos como Risaralda, Santa Marta y Bogotá, D.C., donde el indicador de uso fue del 0,0 % (tabla 5). Adicionalmente, como mala práctica en la atención inmediata al accidente, el 14,3 % de los pacientes sufrieron punciones o incisiones en la herida.

Tabla 5. Indicador de uso de antiveneno para accidente escorpiónico, Colombia, a semana epidemiológica 26 de 2026p

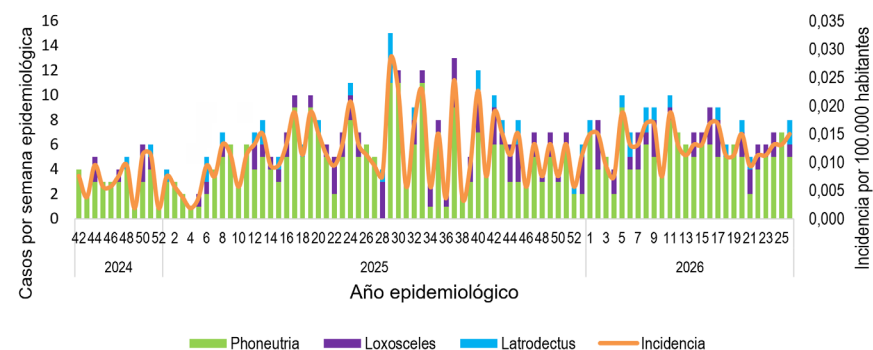
Entidad territorial notificación	Con uso antiveneno	Sin uso antiveneno	Porcentaje uso antiveneno
Guaviare	1	0	100,0
Putumayo	32	0	100,0
Amazonas	2	0	100,0
Bolívar	1	0	100,0
Norte de Santander	36	5	87,8
Huila	51	11	82,3
Caquetá	4	1	80,0
Tolima	76	22	77,6
Cauca	1	1	50,0
Cesar	1	1	50,0
Antioquia	9	10	47,4
Nariño	1	2	33,3
Cundinamarca	2	7	22,2
Santander	1	7	12,5
Buenaventura	0	2	0,0
Santiago de Cali	0	2	0,0
Santa Marta	0	4	0,0
La Guajira	0	2	0,0
Chocó	0	2	0,0
Atlántico	0	2	0,0
Bogotá, D.C.	0	3	0,0
Valle del Cauca	0	1	0,0
Córdoba	0	1	0,0
Meta	0	2	0,0
Caldas	0	8	0,0
Risaralda	0	2	0,0
Nacional	218	98	69,0

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

Para el accidente por arácnido o araneismo, se han reportado 185 casos a nivel nacional, por tres géneros de importancia médica (figura 1):

- **Phoneutria (Araña bananera -74,1 %):** es el agente más común. Su veneno neurotóxico causa dolor local intolerable, sudoración profusa, taquicardia y priapismo doloroso.
- **Loxosceles (Araña violín - 18,4 %):** su veneno proteolítico causa el loxoscelismo cutáneo (placa necrótica que evoluciona a úlcera) o sistémico (hemólisis, falla renal y muerte).
- **Latrodectus (Viuda negra - 7,6 %):** provoca el latrodectismo, caracterizado por mialgias generalizadas, sialorrea, diaforesis, edema pulmonar, rabdomiólisis, falla renal aguda.

Figura 1. Casos e incidencia de araneismo por género de araña, Colombia, desde semana epidemiológica 42 de 2024 a semana epidemiológica 26 de 2026



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

En cuanto al perfil sociodemográfico, el 65,4 % de los casos afectan a hombres y el 56,2 % ocurren en áreas rurales, vinculados a la agricultura (36,8 %) y oficios domésticos (34,6 %). Como medida de atención inmediata al accidente, las cuales no están recomendadas, se registró uso de torniquetes (8,6 %) y punciones (13,0 %). Los departamentos que presentan mayor número de casos son Antioquia y Huila; sin embargo, la mayor incidencia se registra en Amazonas y Vaupés (tabla 6). Por otra parte, de los pacientes que requerían antiveneno, solo el 5,3 % lo recibió.

Tabla 6. Casos e incidencia de araneismo, Colombia, 2025 a semana epidemiológica 26 de 2026p

Entidad territorial	Casos		Incidencia		Entidad territorial	Casos		Incidencia	
	2025	2026	2025	2026		2025	2026	2025	2026
Antioquia	27	30	0,39	0,43	Bogotá, D.C.	2	2	0,03	0,03
Huila	23	20	1,90	1,64	Vaupés	2	2	4,53	4,50
Nariño	8	19	0,47	1,10	Barranquilla	0	1	0,00	0,08
Norte de Santander	17	19	0,99	1,11	Bolívar	3	1	0,24	0,08
Santander	3	12	0,13	0,50	Caquetá	6	1	1,40	0,23
Cundinamarca	3	10	0,08	0,28	La Guajira	4	1	0,37	0,09
Risaralda	5	10	0,50	0,99	Meta	3	1	0,26	0,09
Caldas	2	9	0,19	0,85	Santa Marta	0	1	0,00	0,17
Putumayo	7	8	1,79	2,02	Arauca	2	0	0,72	0,00
Quindío	5	6	0,90	1,08	Atlántico	1	0	0,06	0,00
Amazonas	5	5	5,88	5,82	Buenaventura	0	0	0,00	0,00
Tolima	7	5	0,50	0,36	Santiago de Cali	0	0	0,00	0,00
Boyacá	1	4	0,08	0,31	Cartagena de Indias	0	0	0,00	0,00
Cauca	1	3	0,06	0,19	Casanare	1	0	0,21	0,00
Cesar	3	3	0,20	0,20	Guainía	0	0	0,00	0,00
Chocó	2	3	0,34	0,50	Guaviare	0	0	0,00	0,00
Córdoba	3	3	0,15	0,15	San Andrés	0	0	0,00	0,00
Magdalena	2	3	0,21	0,31	Sucre	0	0	0,00	0,00
Valle del Cauca	3	3	0,14	0,14	Vichada	0	0	0,00	0,00

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

Por último, del accidente lonómico o lonomismo, causado por el contacto con orugas del género *Lonomia* (conocidas como "churruscos"), se han notificado 142 casos. El veneno posee toxinas procoagulantes que desencadenan un síndrome hemorrágico sistémico por desfibrinación activa entre las 12 y 72 horas post-contacto. Puede derivar en falla renal aguda y hemorragia intracraneal. Hay un predominio femenino (58,5 %), relacionado con labores domésticas y agrícolas. El 57,7 % de los casos ocurren en áreas rurales y el 72,5 % de los afectados pertenecen al estrato 1. El contacto ocurre principalmente en miembros superiores (50,7 %) y dedos (23,9 %). Se reportó el uso de torniquetes en el 9,2 % de los casos.

Finalmente, el indicador de uso de antiveneno es bajo, con solo un 10,0 % de uso a nivel nacional en casos que lo requerían (tabla 7).

Tabla 7. Indicador de uso de antiveneno para accidente lonómico, Colombia a semana epidemiológica 26 de 2026

Entidad territorial de notificación	Con uso antiveneno	Sin uso antiveneno	Porcentaje uso antiveneno
Casanare	1	0	100,0
Cartagena de Indias	0	1	0,0
Putumayo	0	1	0,0
Tolima	0	3	0,0
Cesar	0	1	0,0
Antioquia	0	1	0,0
Nariño	0	1	0,0
Caldas	0	1	0,0
Nacional	1	9	10,0

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

Conclusiones sobre accidentes por otros animales venenosos

- **Escorpionismo como riesgo doméstico:** a diferencia del accidente ofídico, el accidente escorpiónico tiene una alta incidencia en el hogar (46,5 % de los casos son domésticos) y afecta mayoritariamente los miembros superiores y dedos de la mano (53,2 %). Las regiones con mayor tasa de incidencia son Tolima y Huila.
- **Araneismo y predominio de *Phoneutria*:** En los casos de mordedura de araña, el género *Phoneutria* (araña bananera) es el más frecuente (74,1 %), seguido por *Loxosceles* (18,4 %). Para el tratamiento específico de antiveneno por araneismo el 5,3 % lo recibió.
- **Gravedad del Lonomismo:** el contacto con orugas del género *Lonomia* representa un riesgo vital debido a su capacidad de provocar un síndrome hemorrágico sistémico, que puede derivar en falla renal aguda o hemorragia intracraneal. Este evento muestra un predominio en la población femenina (58,5 %) y está muy relacionado con labores domésticas y agrícolas.
- **Manejo médico insuficiente:** se observa una baja tasa de administración

de antivenenos específicos para accidentes por arácnidos y *Lonomia* en comparación con el accidente ofídico, lo que señala la necesidad de fortalecer la farmacovigilancia y la distribución de estos insumos.

- **Complicaciones comunes:** en estos accidentes, la celulitis aparece como la complicación secundaria más frecuente, reportada tanto en escorpionismo (2,7 %) como en araneismo (11,4 %) y lonomismo (5,6 %).

Recomendaciones para accidente ofídico y accidente por otros animales venenosos

- **Ministerio de Salud y Protección Social:** liderar la Estrategia 2030 (reducción del 50,0 % de la letalidad) y dictar los lineamientos rectores para el acceso a antivenenos como medicamentos vitales. Actualizar guías de manejo clínico.
- **Secretarías de Salud (departamental, municipal y distrital):** implementar planes estratégicos en sus territorios. Monitorear y promover la disponibilidad de antivenenos, vigilar la notificación al Sivigila y educar a la comunidad.
- **Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB):** de acuerdo con lo establecido en el Decreto 386 de 2018, emitido por la Presidencia de la República de Colombia, deben mantener la disponibilidad y provisión ininterrumpida de sueros antiofídicos y antivenenos específicos en toda su red de prestadores.
- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):** capacitación al personal de salud. Administración oportuna del suero y garantizar la notificación oportuna y de calidad de accidente ofídico y accidente por otros animales venenosos.
- **Facultades de Ciencias de la Salud:** capacitar en diagnóstico diferencial y toxinología para garantizar intervenciones sin demoras.

Referencias

1. Abbasi M, Shahi M, Barahoei H, Hanafi-Bojd AA, Mohammadi AB, Alizadeh M. Assessing the burden of Scorpionism: Epidemiological trends and health outcomes in Northwest Iran. PLoS Negl Trop Dis. 2025. doi:10.1371/journal.pntd.0013201
2. Centro panamericano de fiebre aftosa y salud pública veterinaria -

PANAFTOSA/SPV-OPS/OMS. Informe sobre la situación epidemiológica de los accidentes por animales venenosos en América Latina y el Caribe (2021-2024) [Internet]. 2025 [citado el 11 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/7f8c605d-9f78-402e-bb4c-9af03e1bdf93>

3. Organización Panamericana de la Salud. Informe Final de la Consulta Técnica sobre Accidentes con Animales Ponzonosos en Latino América [Internet]. PANAFTOSA. PANAFTOSA, editor. São Paulo, Brasil: Twayne Publishers; 2007 [citado el 11 de mayo de 2026]. 160 p. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-final-consulta-tecnica-sobre-accidentes-con-animales-ponzonosos-latinoamerica>
4. Cupo P. Clinical update on scorpion envenoming. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2015. p. 642-9. doi:10.1590/0037-8682-0237-2015 PubMed PMID: 26676487.
5. Gómez JC, Otero RP. Ecoepidemiología de los escorpiones de importancia médica en Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2007 [citado el 15 de mayo de 2026];(25):50-60. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12025107>
6. Borges A, Graham MR, Cândido DM, Pardo PPO. Amazonian scorpions and scorpionism: integrating toxinological, clinical, and phylogenetic data to combat a human health crisis in the world's most diverse rainforest. Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases. Centro de Estudos de Venenos e Animais Peconhentos; 2021. doi:10.1590/1678-9199-JVATITD-2021-0028
7. Borges A, Miranda RJ. Los Escorpiones y el Escorpionismo en Panamá - Volumen I [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/233809667>
8. Gómez-Cardona J, Gómez-Cabal C. Arañas de importancia clínica-epidemiológica en Colombia. Revista Biosalud. 2019;1(18):108-29. doi:10.17151/biosa.2019.18.1.9
9. Muegues-Salas A, Atencio-Ortiz S, Bornacelly-Dangond F. Loxoscelismo cutáneo provocado por mordedura de Loxosceles spp en Cesar, Colombia. Reporte de Caso. MED UIS. 2023;(3):45-52. doi:10.18273/revmed.v36n3
10. Caruso MB, Sales Lauria PS, de Souza CMV, Casais-E-Silva LL, Zingali RB.

Widow spiders in the New World: a review on *Latrodectus Walckenaer*, 1805 (Theridiidae) and latrodectism in the Americas. *Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases*. Centro de Estudios de Venenos e Animais Peconhentos; 2021. doi:10.1590/1678-9199-JVATITD-2021-0011

11. Villabona-Rosales SA, Amaya-Muñoz MC, Amaya-Muñoz MJ, Acero-Gomez JA, Rodríguez-Vega KA. Accidente lonómico leve atribuido a la oruga de la especie *Lonomia obliqua* en el departamento de Santander, Colombia, 2021. *Revista Médicas UIS*. el 30 de diciembre de 2022;35(3). doi:10.18273/revmed.v35n3-2022006
12. Arango M, García Agudelo L, Vargas L, Sierra A, Silva D, Aldana P, et al. Accidente Lonómico: reporte de dos casos. *Rev CES Med*. 2022;36(2):122–31. doi:10.21615/cesmedicina.6714
13. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Accidente Ofídico - Accidentes por otros animales venenosos. Instituto Nacional de Salud [Internet]. Colombia; 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_AO_Venenosos_2024.pdf



SITUACIÓN NACIONAL

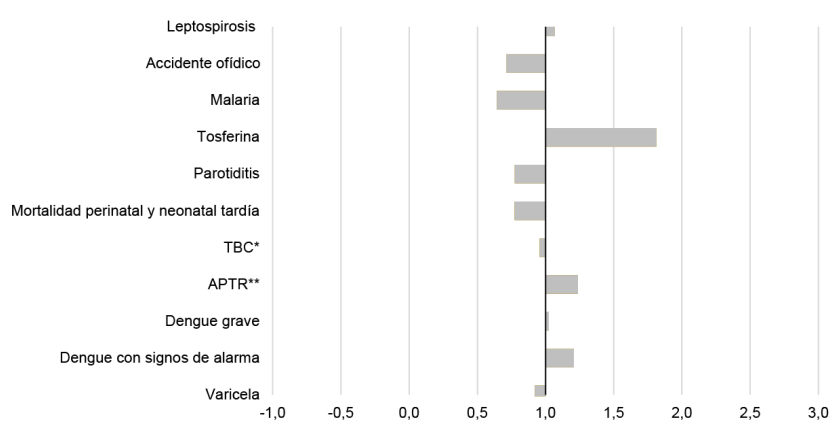
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Para la semana epidemiológica 27 de 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 2).

Figura 2. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 27 del 2026



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

*TBC: tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró dentro de su comportamiento histórico de la notificación (tabla 8).

Tabla 8. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 27 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	99 631	98 405	0,55	0,58

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 27 del 2026 los eventos leishmaniasis cutánea mucosa y leishmaniasis cutánea se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro de lo esperado (tabla 9).

Tabla 9. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 27 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,00
Leishmaniasis cutánea	6	90	0,00
Lepra	6	4	0,09
Zika	4	2	0,15
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	2	0,18
Mortalidad por dengue	4	5	0,20
Chikunguña	0	1	1,00

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

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

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 27 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

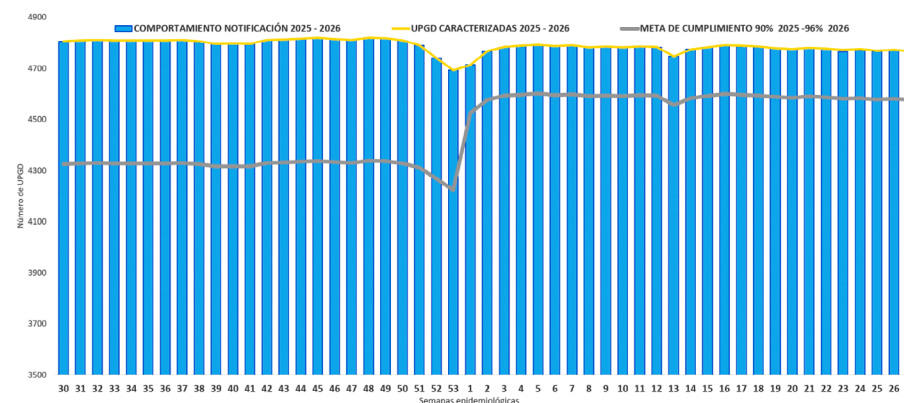
El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y el mismo comportamiento con respecto a la semana epidemiológica 27 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 99,83 % (4 759 / 4 767); observando una disminución del 0,09 % respecto a la semana anterior y una disminución de 0,17 % con relación a la semana epidemiológica 27 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 27 de 2026, a nivel nacional se detectó que el 0,17 % de las UPGD caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico, estas corresponden a UPGD de las entidades territoriales de Caldas (5), Casanare (1), Cauca (1) y Quindío (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 4576 UPGD en la semana analizada (figura 10).

Figura 3. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 27 de 2026



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

Cumplimiento en la notificación de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

La vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en Colombia se sustenta en la notificación periódica y sistemática de las UPGD al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), como insumo fundamental para la generación de información epidemiológica válida y oportuna, con seguimiento mensual y plazo máximo de reporte establecido el segundo lunes del mes siguiente al periodo evaluado. Esta vigilancia se centra en el monitoreo sistemático de eventos trazadores, incluyendo infecciones asociadas a dispositivos (IAD), infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ), consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (CAB) y brotes de IAAS. El cumplimiento de la notificación se evalúa mediante el indicador de silencio epidemiológico, definido como la proporción de unidades que no reportan información en el periodo establecido, con una meta nacional de no superar el 10,0 %. Este indicador permite valorar la integridad, continuidad y oportunidad del flujo de datos, condicionando la sensibilidad del sistema para la detección de variaciones en el comportamiento de los eventos.

Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos

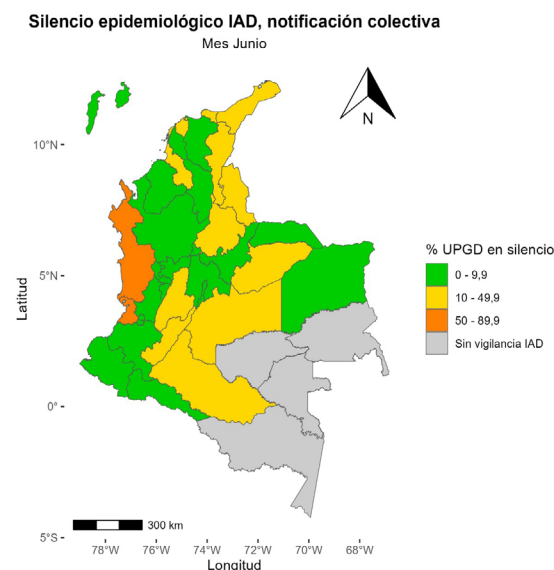
En el marco de la vigilancia de las infecciones asociadas a dispositivos (IAD) en Sivigila, se caracterizaron 450 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) activas para junio de 2026. De estas, 52 UPGD presentaron silencio epidemiológico, lo que corresponde al 11,6 % del total, superando la meta nacional establecida para este indicador (<10,0 %).

A nivel territorial, Buenaventura y Chocó registraron el mayor porcentaje de silencio epidemiológico, con un 50,0 % de sus UPGD sin notificación durante el periodo evaluado. Asimismo, Sucre (46,2 %), La Guajira (45,5 %), Tolima (38,9 %) y Santa Marta (35,7 %) presentaron proporciones elevadas de silencio epidemiológico. Otras entidades con porcentajes superiores al 20,0 % fueron Caquetá (33,3 %), Santander (29,4 %), Casanare (25,0 %) y Atlántico (20,0 %).

Por otra parte, trece entidades territoriales alcanzaron un cumplimiento del 100,0 % en la notificación de sus UPGD, al no registrar silencio epidemiológico durante el mes analizado. Estas correspondieron a Antioquia, Arauca, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Bogotá, D.C., Bolívar, Boyacá, Caldas, Cauca, Magdalena, Putumayo, Quindío y Valle del Cauca, así como Vichada.

Finalmente, Santiago de Cali (4,2 %), Córdoba (4,8 %), Cundinamarca (5,6 %), Nariño (6,3 %) y Risaralda (9,1 %) mantuvieron porcentajes de silencio epidemiológico inferiores al 10,0 %, cumpliendo con la meta nacional establecida. En contraste, Huila (10,0 %) se ubicó en el límite de cumplimiento del indicador, mientras que Barranquilla (12,9 %), Cartagena de Indias (12,5 %), Meta (12,5 %), Norte de Santander (11,1 %) y Cesar (15,0 %) superaron la meta nacional establecida.

Mapa 2. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos, Colombia, junio, 2026



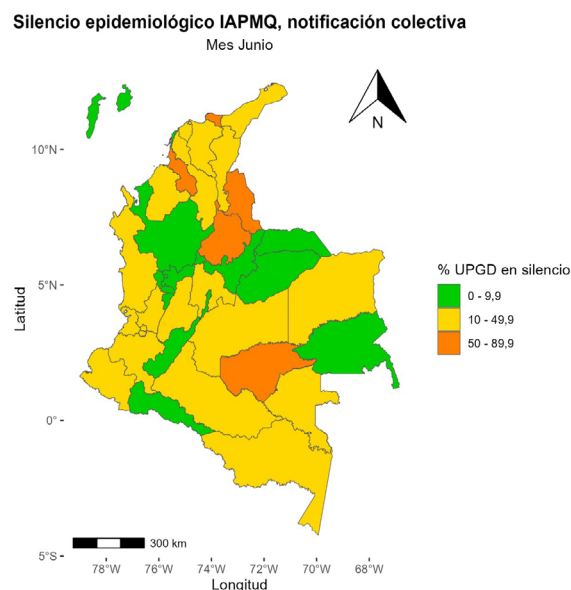
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Información preliminar

Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos

Para junio de 2026, en el marco de la vigilancia de las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ) al Sivigila, se encontraban activas 1 338 UPGD. De este total, el 21,9 % (293) no notificó información durante el periodo, configurando silencio epidemiológico y superando la meta nacional establecida (<10,0 %). En comparación con mayo de 2026, cuando este indicador fue del 18,2 %, se observó un incremento de 3,7 puntos porcentuales, lo que evidencia un deterioro en la oportunidad de la notificación y limita la capacidad del sistema para realizar un seguimiento oportuno del comportamiento del evento.

A nivel territorial, Sucre y Santa Marta registraron los mayores porcentajes de silencio epidemiológico (60,0 %), seguidos por Santander, Norte de Santander y Guaviare, con valores superiores al 50,0 %, lo que refleja una baja adherencia a los procesos de notificación en estas entidades. En contraste, Santiago de Cali, Caquetá, Amazonas, Risaralda, Caldas, Cartagena de Indias, Huila, Antioquia y Bogotá, D.C. presentaron porcentajes de silencio entre el 1,0 % y el 10,0 %, cumpliendo con la meta nacional. Sin embargo, únicamente siete entidades territoriales alcanzaron un cumplimiento del 100,0 % en la notificación de sus UPGD, evidenciando oportunidades de mejora en la consolidación de la vigilancia a nivel nacional. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento a las UPGD y las acciones de gestión territorial para incrementar la oportunidad, continuidad y cobertura de la notificación, contribuyendo a una vigilancia epidemiológica más completa, representativa y de mayor calidad.

Mapa 3. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos, Colombia, junio del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Información preliminar

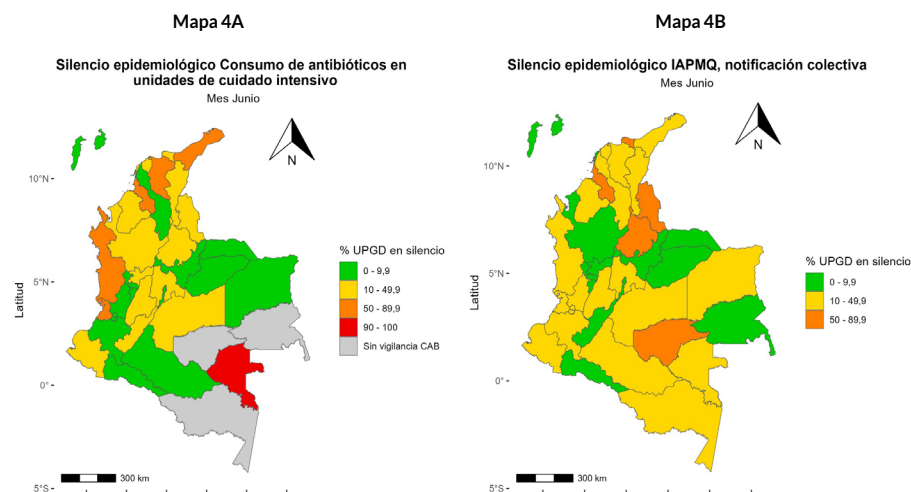
Cumplimiento de la notificación consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

Durante junio de 2026 la notificación del evento código 354, Consumo de Antibióticos (CAB), en unidades de cuidados intensivos (UCI) adulto alcanzó un cumplimiento del 81,1 % (366/451 UPGD), superando la meta nacional (<10,0 % de silencio). Se identifican territorios con incumplimiento: Vaupés con 100,0 % (1/1), La Guajira con 81,8 % (9/11), Magdalena con 60,0 % (3/5), Chocó con 50,0 % (1 /2), Sucre 50,0 % (7/14), Tolima 47,6 % (10/21), Huila 40 % (4/10). El resto de las entidades territoriales se encuentran por encima del 70,0 % de cumplimiento de la notificación (mapa 4A).

Para hospitalización, el cumplimiento fue de 84,6 % (922/1090 UPGD), similar al observado en UCI adulto. Se destacan tres entidades con ≥ 40 % de silencio: Norte de Santander con 57,1 %, Buenaventura con 50,0 %. Sucre con 47,6 % y Córdoba con 40,3 %. 10 entidades territoriales se encuentran en cumplimiento con el 100,0 % (mapa 4B)

Se evidenció una disminución en el cumplimiento en la notificación de UCI con el 31,4 % de entidades territoriales en 100,0 % y hospitalización con el 26,1 % de las entidades territoriales en 100,0 % en el desempeño de la vigilancia, con concentración de silencios en entidades con menor capacidad operativa. Se insta a fortalecer el seguimiento a UPGD, la asistencia técnica y el monitoreo de oportunidad y calidad del dato, en cumplimiento del protocolo nacional, para reducir el silencio epidemiológico.

Mapa 4. Cumplimiento de la notificación del consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, Colombia, junio del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Información preliminar



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 27 del 2026, se han notificado 340 muertes probables en menores de cinco años, siete (7) casos de infección respiratoria aguda (IRA), dos (2) de desnutrición aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 330 casos notificados de residentes en Colombia, 208 fueron por IRA, 63 por desnutrición (DNT) aguda y 59 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 141 fueron confirmados, 61 descartados y 128 se encuentran en estudio (tabla 10).

Tabla 10. 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 27 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 27 2026			Casos en estudio a SE 27 2026			Tasa a SE 27 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	34	75	32	22	90	16	0,93	2,06	0,88
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	1	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	3	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	0	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	12	12	8	5	7	2	18,55	18,55	12,36
Córdoba	1	3	0	0	7	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	1	0	0,00	0,95	0,95
La Guajira	10	4	6	2	11	3	8,96	3,58	5,38
Magdalena	0	2	3	0	0	0	0,00	2,23	3,34
Meta	0	3	0	0	4	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	4	0	0,00	3,39	3,39
Santa Marta	1	0	1	0	0	0	2,30	0,00	2,30
Santander	0	1	1	0	2	0	0,00	0,66	0,66
Sucre	0	1	1	0	0	0	0,00	1,15	1,15
Tolima	0	2	0	1	3	1	0,00	2,19	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	3	0	0	3	3	0	17,66	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 27 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 27 del 2026 se han notificado 208 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 40 confirmadas por laboratorio, 35 confirmadas por clínica, 43 descartadas, y 90 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 2,06 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 27 fueron 153, para una tasa de mortalidad de 4,15 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 27 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 27 de 2026 son *Bordetella pertussis*, *Rhinovirus* y *Enterovirus* entre otros (tabla 11).

Tabla 11. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 27, 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>	9	2	5	1	0	17	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>	4	1	2	0	0	7	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>	7	1	1	0	0	9	5	0	0	0	0	5
<i>Adenovirus</i>	4	0	1	1	1	7	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>Pseudomona aeruginosa</i>	1	0	0	0	0	1	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>	1	1	0	0	0	2	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>	3	0	2	1	0	6	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	63	19	16	7	1	106	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 27 de 2026 se han notificado 63 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 34 confirmadas, siete (7) descartadas y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,93 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 27 fue de 92, para una tasa de mortalidad de 2,49 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 27 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 27 de 2026 se han notificado 59 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 30 confirmadas por clínica, dos (2) confirmadas por laboratorio, 11 descartadas y 16 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 27 fue de 44 para una tasa de mortalidad de 1,19 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 27 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 Uribia. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 27 de 2026 se notificaron al Sivigila cinco (5) casos: una (1) muerte materna temprana, tres (3) muertes maternas tardías y una (1) muerte materna coincidente. El país acumula 71 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 67 residen en territorio colombiano y cuatro (4) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 12).

Tabla 12. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 27, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	138	77	40	255
2024	106	70	28	204
2025	98	83	25	206
2026p	67	56	25	148

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, y Chocó. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en Antioquia, Atlántico, Bolívar, Córdoba, Norte de Santander y Santander; sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 13).

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 14).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 27 de 2026, el 59,7 % corresponde a causas directas y el 31,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 22,4 % (tabla 15).

Tabla 13. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 27 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 27	Acumulado de casos a SE 27	
		2025	2026
Colombia	120	98	67
Bogotá, D.C.	11	10	10
Antioquia	13	13	7
La Guajira	9	8	6
Chocó	7	4	5
Cartagena de Indias	3	1	4
Cesar	7	9	4
Cundinamarca	6	5	4
Nariño	6	5	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	4	4	0
Barranquilla	2	2	0
Bolívar	4	3	0
Buenaventura	1	1	0
Caldas	0	0	0
Córdoba	5	4	0
Guainía	1	2	0
Norte de Santander	4	2	0
Putumayo	1	0	0
Santander	3	3	0

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

Tabla 14. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 27 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 27	Valor observado SE 27
Colombia	120	67
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 15. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 27 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 27	Número de casos y proporción a SE 27 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	102	106	100	98	100	67	100
DIRECTA	66	67	63,2	65	66,3	40	59,7
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	22	22	20,8	21	21,4	15	22,4
Hemorragia obstétrica	21	22	20,8	19	19,4	8	11,9
Evento tromboembólico como causa básica	7	6	5,7	7	7,1	5	7,5
Sepsis obstétrica	6	5	4,7	6	6,1	4	6,0
Embarazo ectópico	5	4	3,8	6	6,1	3	4,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	4	3,8	4	4,1	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	2,8	2	2,0	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	0,9	0	0,0	0	0,0
Complicaciones derivadas del tratamiento	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	34	37	34,9	31	31,6	21	31,3
Otras causas indirectas	12	14	13,2	9	9,2	13	19,4
Otras causas indirectas: neumonía	6	5	4,7	7	7,1	3	4,5
Sepsis no obstétrica	7	5	4,7	8	8,2	3	4,5
Otras causas indirectas: cáncer	5	6	5,7	3	3,1	2	3,0
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	2,0	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	1,9	2	2,0	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	4	3,8	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	1,0	0	0,0
En estudio	2	2	1,9	1	1,0	6	9,0

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 27 del 2026 se han notificado 3 198 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 3 167 corresponden a residentes en Colombia y 31 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Antioquia, Bogotá, D.C., Cundinamarca, La Guajira y Santiago de Cali. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 27 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Casanare, Putumayo, San Andrés y Providencia y Guaviare (tabla 16).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Dosquebradas (Risaralda), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), La Estrella (Antioquia), Piedecuesta (Santander), Arauquita (Arauca), Pueblo Bello (Cesar), Alto Baudó (Chocó), Carepa (Antioquia), San Juan de Urabá (Antioquia), Roberto Payán (Nariño), Isnos (Huila), Puerto López (Meta), Cicuco (Bolívar), Paipa (Boyacá), Carmen del Darién (Chocó), Quimbaya (Quindío), Guamo (Tolima), Peñol (Antioquia), Zambrano (Bolívar), Bahía Solano (Chocó), Tolú Viejo (Sucre) y Restrepo (Valle del Cauca) (tabla 17).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,6 %, seguido de neonatales tempranas con 27,9 %, neonatales tardías con 17,9 %, 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 25,3 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,1 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,7 % (tabla 18). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 27 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 16. 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 27 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 27	Acumulado de casos a SE 27	
		2025	2026
Colombia	38 91	2 911	3 167
Antioquia	442	347	385
Bogotá, D.C.	412	321	389
Cundinamarca	215	191	195
La Guajira	206	138	140
Santiago de Cali	154	135	127
Córdoba	198	124	136
Nariño	108	110	93
Cesar	135	108	113
Meta	94	94	77
Valle del Cauca	110	92	88
Bolívar	117	88	105
Barranquilla	140	85	108
Cauca	126	81	102
Magdalena	99	78	62
Norte de Santander	114	78	88
Santander	117	78	97
Cartagena de Indias	122	76	84
Atlántico	116	68	62
Huila	94	64	93
Boyacá	74	61	55
Chocó	95	56	80
Tolima	79	56	60
Sucre	96	54	68
Caldas	52	46	47
Risaralda	58	40	54
Buenaventura	41	38	32
Casanare	40	34	21
Santa Marta	47	31	41
Caquetá	34	24	31
Putumayo	31	22	19
Quindío	31	21	33
Vichada	20	19	21
Arauca	32	14	31
Amazonas	9	11	7
Guainía	11	9	14
San Andrés y Providencia	6	8	2
Guaviare	8	7	3
Vaupés	7	4	4

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

Tabla 17. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 27 de 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 27 2021 - 2025	Valor observado a SE 27 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	3 891	3 167	-
Manaure (La Guajira)	17	26	10
Cumaribo (Vichada)	13	19	9
Dosquebradas (Risaralda)	12	18	18
Tunja (Boyacá)	9	16	24
Granada (Meta)	6	13	23
La Estrella (Antioquia)	3	10	12
Piedecuesta (Santander)	6	10	3
Araucaria (Arauca)	5	9	7
Pueblo Bello (Cesar)	5	9	1
Alto Baudó (Chocó)	2	9	14
Carepa (Antioquia)	5	8	1
San Juan de Urabá (Antioquia)	3	7	6
Roberto Payán (Nariño)	1	7	5
Isnos (Huila)	2	6	7
Puerto López (Meta)	2	6	1
Cicuco (Bolívar)	1	5	3
Paipa (Boyacá)	1	5	10
Carmen del Darién (Chocó)	2	5	3
Quimbaya (Quindío)	2	5	3
Guamo (Tolima)	1	5	3
Peñol (Antioquia)	1	4	10
Zambrano (Bolívar)	1	4	6
Bahía Solano (Chocó)	1	4	15
Tolú Viejo (Sucre)	1	4	7
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	21

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

Tabla 18. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 27, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 26, 2024 -2026					
	2024 a SE 27	(%)	2025 a SE 27	(%)	2026 a SE 27	(%)
Colombia	3 190	100,0	2 911	100,0	3 167	100,0
Asfixia y causas relacionadas	825	25,9	808	27,8	802	25,3
Prematuridad-inmadurez	526	16,5	491	16,9	541	17,1
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	482	15,1	458	15,7	434	13,7
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	372	11,7	309	10,6	307	9,7
Infecciones	276	8,7	260	8,9	245	7,7
Malformación congénita	291	9,1	243	8,3	236	7,5
Otras causas de muerte	211	6,6	182	6,3	195	6,2
Sin información	0	0,0	0	0,0	179	5,7
Causas no específicas	81	2,5	48	1,6	124	3,9
Trastornos cardiovasculares	96	3,0	83	2,9	70	2,2
Convulsiones y trastornos neurológicos	16	0,5	13	0,4	22	0,7
Lesión de causa externa	14	0,4	16	0,5	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 27 de 2026, a partir de las variables registradas en las fichas epidemiológicas de los eventos colectivos e individuales (códigos INS 995 y 345).

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

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

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

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

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 24 a 27 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 20 a 23 de 2026), sin alcanzar la significancia estadística (variación porcentual inferior -30 %) (tabla 19).

Tabla 19. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 20 a 23 de 2026 y 24 a 27 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 20 a 23 de 2026	SE 24 a 27 de 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	531 668	462 792	● -12,45%	↘
Hospitalización en sala general	25 065	21 854	● -12,81%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 836	2 686	● -5,29%	↘

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 27 del 2026 se notificaron 103 574 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en La Guajira. Se registró disminución en Amazonas, Bogotá, D.C., Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Cauca, Cesar, Guainía, Huila, Nariño, Quindío, Tolima y Vichada. Las 25 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 5 municipios (tabla 20).

Tabla 20. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 27 de 2026

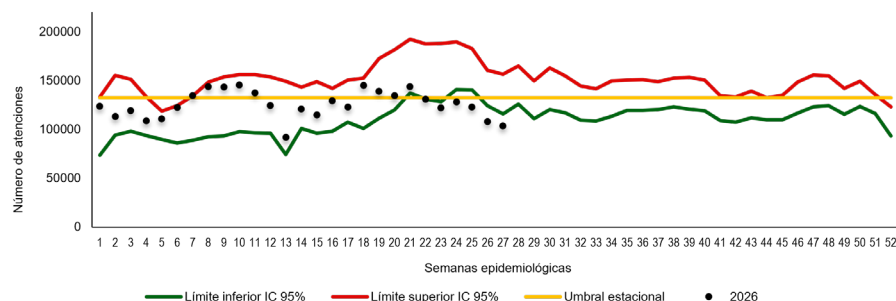
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
La Guajira	Maicao	32 992	40 482	3 403	7 543
Atlántico	Soledad	48 006	45 108	7 793	5 489
Antioquia	Itagüí	48 156	41 292	6 196	5 403
Cundinamarca	Soacha	45 574	35 286	6 401	4 585
Antioquia	Bello	33 690	38 498	5 646	4 580
La Guajira	Uribe	26 457	28 170	2 745	4 383
Cundinamarca	Chía	31 798	24 604	4 991	3 270
Antioquia	Rionegro	20 688	25 370	2 549	2 901
Risaralda	Dosquebradas	16 021	13 588	2 023	1 789
Valle del Cauca	Palmira	15 729	12 607	2 120	1 772
Bolívar	Magangué	11 190	10 577	1 389	1 740
Santander	Floridablanca	14 944	14 599	2 304	1 718
Boyacá	Sogamoso	10 546	8 938	1 736	1 685
Cundinamarca	Zipaquirá	12 370	11 326	2 130	1 684
Córdoba	Lorica	8 130	9 276	1 149	1 667
Antioquia	Envigado	15 235	15 356	2 199	1 564
Córdoba	Cereté	9 584	11 346	1 169	1 555
Santander	Barrancabermeja	17 288	15 835	1 562	1 501
Antioquia	Apartadó	9 767	10 873	1 529	1 430
Casanare	Yopal	8 023	6 592	1 511	1 411
Boyacá	Duitama	11 729	9 813	2 053	1 375
Magdalena	Ciénaga	11 958	10 655	1 477	1 321
Antioquia	Turbo	8 125	7 954	1 102	1 290
Cundinamarca	Madrid	7 408	9 208	1 348	1 256
Cundinamarca	Girardot	12 004	8 292	1 862	1 048
Valle del Cauca	Buenaventura	3 568	5 585	700	1048
Valle del Cauca	Yumbo	8 550	6 912	1 308	934
Cundinamarca	Facatativá	10 180	7 444	1 899	918
Norte de Santander	Ocaña	9 179	7 769	1 231	908
Huila	Pitalito	7 411	4 778	1 228	900
Valle del Cauca	Cartago	9 181	7 177	1 402	896
Valle del Cauca	Tuluá	7 596	6 297	1 009	873
Cundinamarca	Funza	8 725	8 768	988	809
Cauca	Santander de Quilichao	6 658	4 793	1 124	762
Cesar	Aguachica	6 428	6 319	1 023	744
Córdoba	Sahagún	13 265	4 997	2 035	717
Santander	Piedecuesta	5 496	5 333	599	667
Cundinamarca	Mosquera	4 070	3 379	561	582
Santander	Girón	4 590	4 366	410	442
Atlántico	Malambo	3 579	3 985	607	440
Norte de Santander	Villa del Rosario	3 899	3 575	543	295
Cauca	Guapi	2 667	1 916	206	197
Nariño	La Florida	419	373	47	35

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (24 a 27 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 26,3 % (121 927) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 16,4 % (76 056). 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 11,0 % seguido de los niños de 1 año con el 10,2 %.

En el canal endémico se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11, manteniéndose dentro de los límites esperados, con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguido de un nuevo incremento entre las semanas 18 y 21 manteniéndose dentro de los límites esperados; con una disminución marcada en semana 22 a 27 situándose por debajo del límite inferior (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 27 de 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

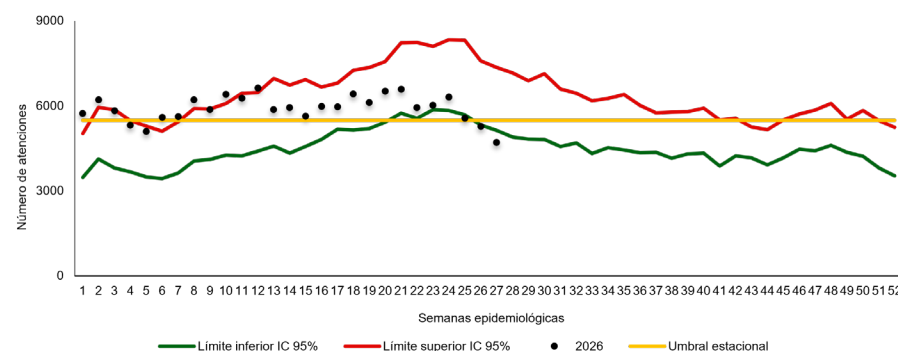
En la semana epidemiológica 27 del 2026 se notificaron 4 716 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Antioquia, Atlántico, Buenaventura, Cali, Casanare, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Risaralda, San Andrés y Vaupés aumento en Amazonas, Arauca, Cartagena, Córdoba, Guaviare, Magdalena y Santa Marta. En las 19 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (24 a 27 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 093) representaron el 27,8 %, seguidos de los menores de 1 año con el 16,1 % (3 525). 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 30,4 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 23,5 %.

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 27 ubicándose sobre el límite inferior. (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 27 de 2026

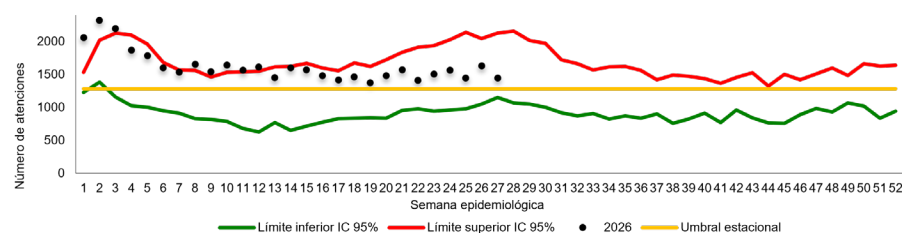


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 27 del 2026, se notificaron 1 449 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 27 de 2026 ubicándose dentro de lo esperado (figura 6).

Figura 6. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 27 de 2026



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

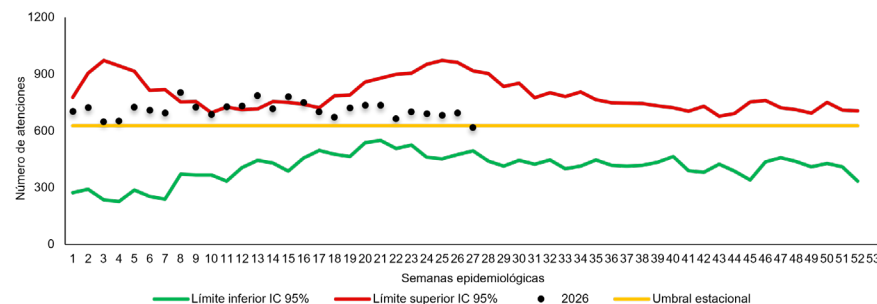
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 27 del 2026 se notificaron 617 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Chocó, La Guajira, San Andrés y Valle del Cauca. Se registró disminución en Antioquia, Boyacá, Cali, Caquetá, Cauca, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Putumayo, Sucre y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (24 a 27 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 35,1 % (944), seguido de los menores de 1 año con el 24,3 % (653) 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 26,8 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 18,3 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas 08, 11 a 13, 15 y 16, seguidas de un descenso progresivo entre las semanas 17 a 27 (figura 7).

Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 27 de 2026

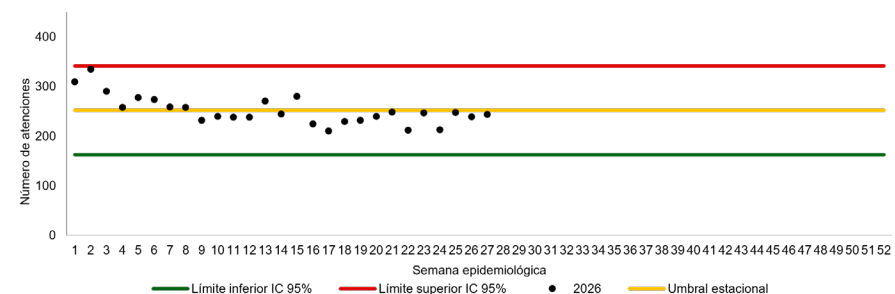


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 27 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 27 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 27 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 27 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 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.

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 27, 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. El patógeno que presenta aumento en el periodo es enterovirus y al decremento VSR y parainfluenza. 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 21). 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 21. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 20 a 27 de 2026

Agente viral identificado	SE 20 a 23 de 2026			SE 24 a 27 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	59,2	65,1	39,5	57,5	61,9	32,4	
Rinovirus	8,5	7,8	5,9	8,9	8,0	-	
Virus sincitial respiratorio	44,3	52,3	29,4	39,9	46,4	54,5	
Enterovirus	3,4	3,2	5,9	8,9	8,0	18,2	
Adenovirus	8,2	8,1	5,9	6,3	7,1	-	
Influenza B	0,5	0,4	-	2,5	-	-	
Influenza A	7,2	3,5	26,4	10,8	7,1	18,2	
Parainfluenza	13,7	13,8	5,9	9,5	9,8	9,1	
<i>Metapneumovirus</i>	5,7	4,9	14,7	4,4	6,3	-	
A(H1N1)pdm09	0,8	0,7	-	1,9	0,9	-	
SARS-CoV2	0,8	-	-	0,6	-	-	
A(H3N2)	4,6	3,5	2,9	2,5	2,7	-	
Coronavirus	2,4	1,8	2,9	3,8	3,6	-	

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

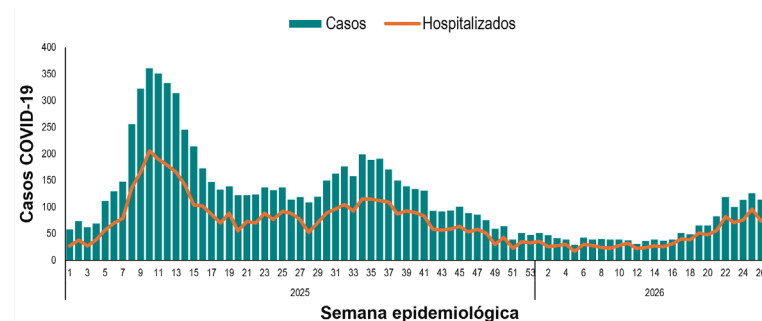
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 27 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 27), con corte al 11 de julio y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 1 669 casos de COVID-19, de los cuales 1 668 son procedentes de Colombia y uno (1) del exterior. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 24 a 27) se registraron 484 casos, un aumento del 30,1 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 20 a 23), en el que se reportaron 372 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 331 casos, un incremento del 28,8 % frente a las 257 del periodo anterior. Al comparar este comportamiento con el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 24 a 27), se observa un comportamiento similar, aunque con una ligera disminución en 2026, dado que durante las semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2025 se notificaron 506 casos lo que representa una reducción del 4,3 % (figura 9).

Figura 9. Comportamiento temporal de casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 27 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 27 de 2026

*SE: semana epidemiológica

Durante el periodo epidemiológico actual (SE 24 a 27 de 2026) se registró una incidencia de 0,9 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 26 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 92 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 20 a 23 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en los departamentos de Boyacá, Cesar, Cundinamarca, Norte de Santander así como en los distritos de Bogotá, D.C, Barranquilla, Santa Marta y Santiago de Cali.

A nivel municipal, dicho incremento se observa en Medellín (Antioquia), Tunja, Sogamoso y Duitama (Boyacá), Zipaquirá y Chía (Cundinamarca) y San José de Cúcuta (Norte de Santander).

Entre el periodo epidemiológico anterior (semanas epidemiológicas 20 a 23 de 2026) y el actual (semanas epidemiológicas 24 a 27 de 2026), se observó un incremento en la mayoría de los grupos de edad, siendo los más marcados los de 30 a 39 años (122,2 %), 40 a 49 años (100,0 %), 70 a 79 años (70,6 %), 5 a 9 años (44,4 %), menores de un año (39,7 %), 10 a 19 años (34,8 %), 20 a 29 años (21,1 %), 2 a 4 años (19,4 %) y 1 año (17,0 %) y 80 a 89 años (4,3 %).

En contraste, los grupos de 90 a 99 años, 50 a 59 años y 60 a 69 años presentaron disminuciones de 25,0 %, 13,3 % y 6,9 %, 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 22).

Tabla 22. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas (20 a 27) de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 20 a 23 2026	SE 24 a 27 2026		
Menor de un año	121	169	39,7	
1 año	47	55	17,0	
2 a 4 años	31	37	19,4	
5 a 9 años	18	26	44,4	
10 a 19 años	23	31	34,8	
20 a 29 años	19	23	21,1	
30 a 39 años	9	20	122,2	
40 a 49 años	12	24	100,0	
50 a 59 años	15	13	-13,3	
60 a 69 años	29	27	-6,9	
70 a 79 años	17	29	70,6	
80 a 89 años	23	24	4,3	
90 a 99 años	8	6	-25,0	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	372	484	30,1	

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 20 a 27 de 2026

PE: periodo epidemiológico

SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia 11 fallecimientos asociados a COVID-19: tres (3) 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 27 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 27 del 2026 se notificaron 2 847 casos de dengue: 2 118 casos de esta semana y 729 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 59 262 casos, 35 769 (60,4 %) sin signos de alarma, 22 891 (38,6 %) con signos de alarma y 602 (1,0 %) de dengue grave.

El 60,6 % (35 929) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, La Guajira y Cartagena de Indias (tabla 23). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Casanare, Cesar, Santander, Norte de Santander, Antioquia y Magdalena concentran el 64,0 % (6 513 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 23 a 26 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 19 a 22, 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Boyacá, Cartagena, Casanare, Córdoba, Guaviare, Putumayo, Quindío, Risaralda, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en las entidades territoriales de Caquetá, Cauca, La Guajira y Santa Marta mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 23).

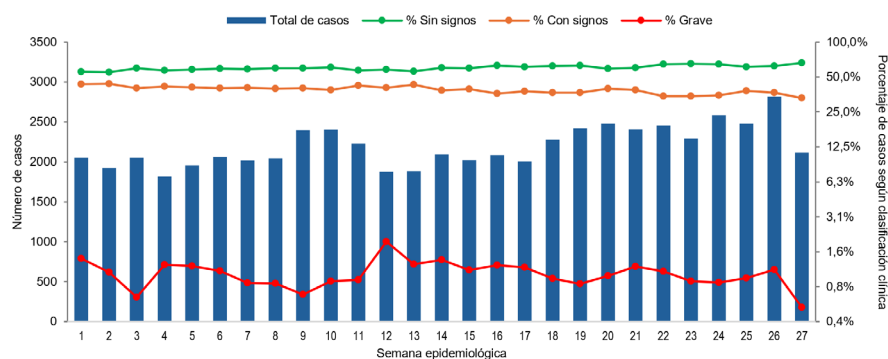
Tabla 23. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 27 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 19 - 22 2026)	Observado (SE 23-26 2026)
Meta	9 923	30,3	0,9	2 196	1959
Cesar	4 993	56,5	0,6	730	637
Bolívar	4 724	39,7	1,5	911	1020
Santander	3 823	37,1	0,6	561	566
Norte de Santander	3 592	38,1	1,7	513	561
Magdalena	3 444	50,5	0,8	573	432
La Guajira	2 872	53,4	1,8	409	237
Cartagena de Indias	2 558	19,4	1,0	158	250
Casanare	2 215	29,9	0,6	614	840
Antioquia	2 168	37,1	0,9	374	498
Córdoba	2 021	41,9	0,5	216	284
Santa Marta	1 936	44,8	0,4	164	108
Tolima	1 875	29,3	1,2	268	369
Barranquilla	1 814	44,3	0,9	143	148
Atlántico	1 756	45,0	1,0	220	223
Arauca	1 499	32,8	1,0	357	383
Sucre	972	47,7	1,2	186	191
Valle del Cauca	938	33,7	0,6	159	209
Cundinamarca	924	35,1	0,6	149	179
Santiago de Cali	824	36,5	0,2	124	144
Huila	765	38,8	4,6	126	126
Chocó	547	23,4	1,3	101	115
Guaviare	481	18,7	0,2	75	189
Amazonas	472	14,6	0,0	49	59
Nariño	417	44,1	1,2	82	79
Caquetá	365	51,8	2,5	85	45
Putumayo	309	25,2	1,3	34	61
Quindío	210	21,4	1,9	37	57
Boyacá	174	47,1	0,6	41	63
Risaralda	122	41,0	0,8	12	30
Exterior	120	43,3	3,3	13	28
Caldas	114	42,1	1,8	24	23
Cauca	112	35,7	0,9	28	16
Buenaventura	80	33,8	1,3	14	15
Vichada	57	33,3	0,0	8	10
Vaupés	30	16,7	0,0	1	19
Archipiélago de San Andrés	9	33,3	0,0	2	2
Guaínía	7	28,6	0,0	1	0
Total	59 262	38,6	1,0	9 758	10 175

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

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 40,0 % a nivel nacional (figura 10); 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 23 a 26 de 2026) fueron: Barranquilla, Cesar, Magdalena, Risaralda y La Guajira.

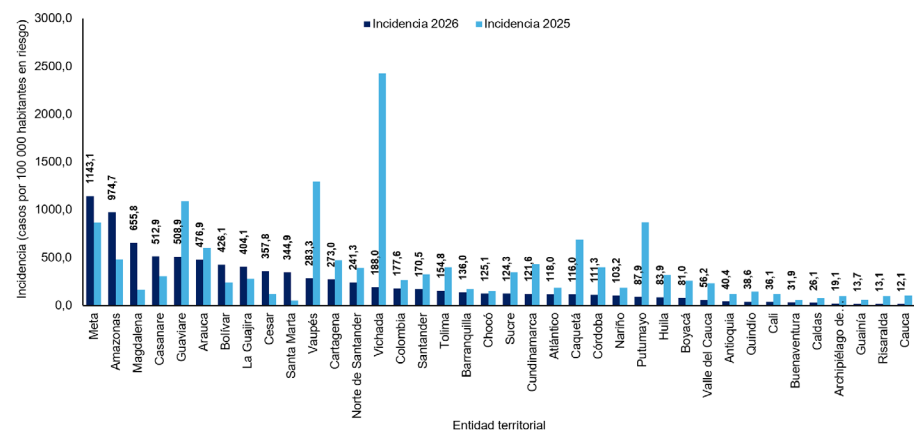
Figura 10. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 27, 2026



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

A semana epidemiológica 27 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 177,6 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 262,1 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, Casanare, Guaviare, Arauca, Bolívar y La Guajira presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 27 del 2026 registrando tasas superiores a 400 casos por 100 000 habitantes (figura 11). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 360,4 casos por 100 000 habitantes.

Figura 11. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 27 de 2025 y 2026

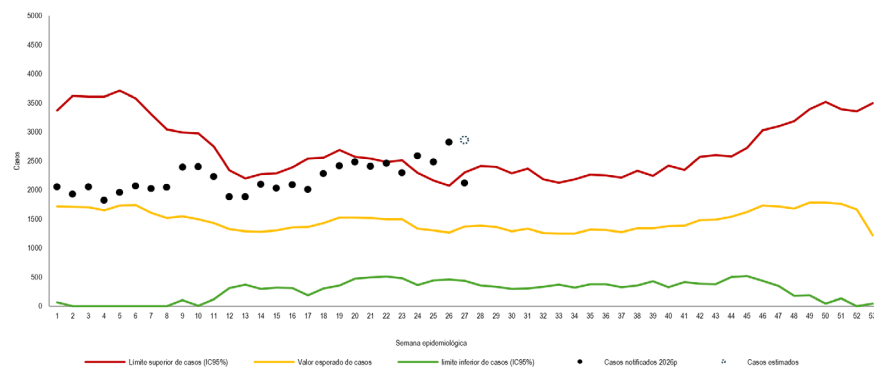


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 27 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 4,3 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 19 a 22, 2026) (figura 12). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 27), se observa una reducción del 32,2 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 87 262 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 29,7 % (11) está dentro de lo esperado, el 29,7 % (11) se encuentra en situación de alerta y el 40,5 % (15) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 24).

Figura 12. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 27 de 2026



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

Tabla 24. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 27 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 27, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla D. E., Boyacá, Cartagena de Indias D. T., Cesar, Casanare, Meta, Guaviare, Quindío, La Guajira, Magdalena, Santa Marta D.T.
Alerta	Antioquia, Cundinamarca, Caldas, Chocó, Nariño, Santander, Norte de Santander, Risaralda, Sucre, Tolima, Vaupés
Dentro de lo esperado	Archipiélago de San Andrés y Providencia, Cauca, Córdoba, Santiago de Cali D. E., Caquetá, Huila, Guainía, Buenaventura D. E., Putumayo, Valle del Cauca, Vichada

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 27 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 17,4 % (144) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 31,6 % (18/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 25).

Tabla 25. 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 27 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	(SE 19-22 2026)	(SE 23-26 2026)
Antioquia	Envigado	10,7	26	5	9
	Itagüí	6,5	18	3	9
Atlántico	Barranquilla	138,3	1814	143	148
	Soledad	65,0	445	45	45
Bolívar	Cartagena de Indias	242,5	2 558	158	250
	Turbaco	337,8	393	58	40
Cesar	Valledupar	343,1	1 894	252	222
	Aguachica	340,1	418	91	76
Córdoba	Cereté	165,4	182	18	44
La Guajira	Riohacha	451,6	946	110	67
Santa Marta	Santa Marta	350,5	1 936	164	108
Magdalena	Ciénaga	414,1	528	52	20
Meta	Villavicencio	1410,6	7193	1 499	1262
Norte de Santander	Ocaña	136,5	162	24	24
Quindío	Armenia	15,0	47	8	16
Tolima	Ibagué	126,3	687	117	180
Arauca	Arauca	211,2	212	36	69
Casanare	Yopal	198,9	359	74	196

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

A semana epidemiológica 27 del 2026, se han notificado 156 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 36 casos, se han descartado 79 casos y se encuentran en estudio 41 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: 0,08 %) (tabla 26).

Tabla 26. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 27, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 27, 2026	Letalidad por dengue a SE 27, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	10	0	0,35	0,05
Huila	2	0	0,26	0,21
Magdalena	5	1	0,15	0,12
Atlántico	2	2	0,11	0,07
Cundinamarca	1	0	0,11	0,03
Antioquia	2	4	0,09	0,12
Bolívar	3	6	0,06	0,11
Cesar	3	2	0,06	0,00
Norte de Santander	2	1	0,06	0,03
Santa Marta	1	1	0,05	0,35
Meta	4	5	0,04	0,12
Santander	1	1	0,03	0,10
Tolima	0	4	0,00	0,02
Barranquilla	0	2	0,00	0,13
Nariño	0	2	0,00	0,00
Putumayo	0	2	0,00	0,13
Sucre	0	2	0,00	0,07
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	36	41	0,06	0,08

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

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

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

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

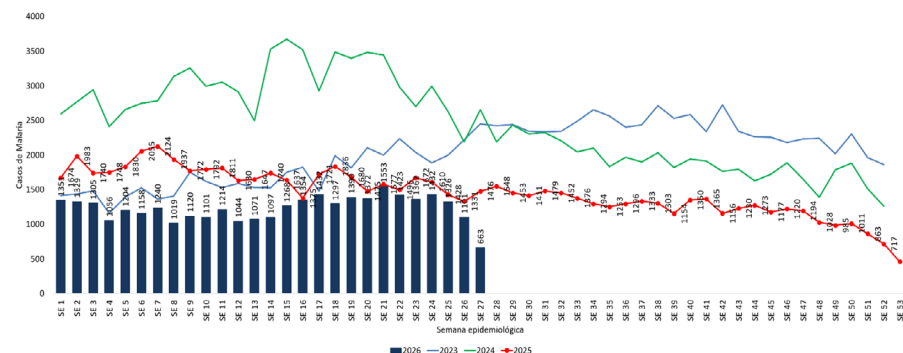
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución de la malaria, como lo muestra la figura 13.

Figura 13. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 27 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 27 del 2026 se notificaron 1 399 casos de malaria, para un acumulado de 33 282 casos, de los cuales 32 897 son de malaria no complicada y 385 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 72,0 % (23 949), seguido de *Plasmodium falciparum* con 27,0 % (8 998) e infección mixta con 1,0 % (335). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,9 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (33,8 %), Antioquia (14,1 %), Córdoba (8,3 %), Nariño (6,1 %), Guainía (5,9 %), Risaralda (4,1 %), Amazonas (3,7 %), Cauca (3,5 %), Vichada (3,2 %), Bolívar (3,2 %), Meta (3,0 %), 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 27.

Tabla 27. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 27 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 20 a 23 2026	Casos SE 24 a 27 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Chocó	Quibdó	1 871	484	294	12,56
Córdoba	Tierralta	1 824	277	226	18,00
Guainía	Inírida	1 729	136	100	43,68
Risaralda	Pueblo Rico	1 243	165	115	73,93
Chocó	Lloró	1 060	188	145	97,57
Antioquia	El Bagre	953	146	121	16,71
Chocó	Bagadó	889	244	150	73,62
Buenaventura	Buenaventura	862	229	157	2,65
Chocó	Istmina	833	135	96	23,83
Meta	Puerto Gaitán	792	133	135	16,77
Vichada	Cumaribo	727	155	82	8,11
Chocó	Medio San Juan	647	132	86	53,45
Vaupés	Mitú	626	82	69	17,10
Cauca	Timbiquí	588	144	113	20,53
Chocó	Juradó	583	162	92	75,33
Bolívar	Montecristo	573	87	86	30,79
Chocó	Río Quito	536	114	114	56,80
Chocó	Alto Baudó	514	45	85	15,98
Nariño	Olaya Herrera	482	53	37	18,02
Cauca	Guapi	474	59	82	15,74
Amazonas	Tarapacá (CD)	451	36	42	100,36
Antioquia	Nechí	445	91	78	15,74
Chocó	Carmen del Darién	431	77	103	18,94
Córdoba	Puerto Libertador	411	50	62	8,92
Chocó	El Cantón del San Pablo	400	124	50	56,08
Norte de Santander	Tibú	393	70	63	6,27
Chocó	Tadó	388	69	77	18,69
Antioquia	Cáceres	388	60	52	12,29
Nariño	El Charco	342	64	43	14,54
Amazonas	La Pedrera (CD)	338	11	5	77,63
Vichada	Puerto Carreño	321	19	12	13,79
Antioquia	Chigorodó	311	53	48	4,93
Nariño	Roberto Payán	306	29	40	22,70
Antioquia	Turbo	305	29	40	2,24
Guaviare	San José del Guaviare	296	45	40	4,45

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, El Bagre, Lloró, Puerto Gaitán, Bagadó, Mitú, Cumaribo, Juradó y Nechí y en incremento el municipio de Puerto Gaitán, Carmen del Darien y Puerto Libertador (tabla 28). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 63,7 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Buenaventura, Timbiquí, Istmina, Guapi, Rio Quito, Medio San Juan, El Charco, Bagadó, Olaya Herrera, Inírida, Medio Atrato y Tierralta y en incremento los municipios de Guapi y Magüí como se muestra en la tabla 29.

Tabla 28. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 27 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 20 a 23 de 2026	Casos SE 24 a 27 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Córdoba	Tierralta	242	208	-14%	6,7%
Guainía	Inírida	120	93	-23%	6,3%
Risaralda	Pueblo Rico	132	78	-41%	4,5%
Antioquia	El Bagre	145	116	-20%	3,8%
Chocó	Quibdó	223	131	-41%	3,3%
Chocó	Lloró	118	79	-33%	3,0%
Meta	Puerto Gaitán	113	130	15%	2,9%
Chocó	Bagadó	158	93	-41%	2,6%
Vaupés	Mitú	81	60	-26%	2,5%
Chocó	Juradó	160	92	-43%	2,4%
Bolívar	Montecristo	90	89	-1%	2,4%
Vichada	Cumaribo	103	70	-32%	2,4%
Antioquia	Nechí	92	79	-14%	1,8%
Chocó	Carmen del Darien	73	97	33%	1,7%
Córdoba	Puerto Libertador	50	61	22%	1,7%

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

Tabla 29. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 27 de 2026

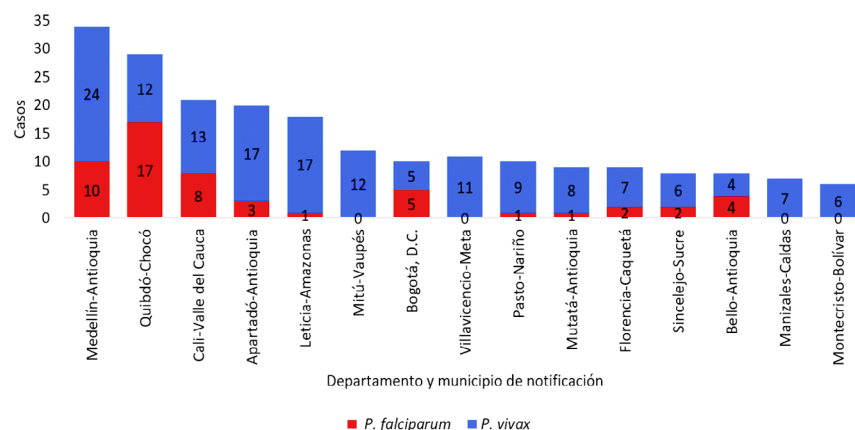
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 20 a 23 de 2026	Casos SE 24 a 27 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	268	168	-37%	12,1%
Buenaventura	Buenaventura	170	118	-31%	6,6%
Cauca	Timbiquí	142	111	-22%	6,4%
Cauca	Guapi	60	78	30%	4,9%
Chocó	Istmina	59	41	-31%	4,7%
Chocó	Rio Quito	85	78	-8%	4,4%
Chocó	Medio San Juan	71	51	-28%	3,4%
Chocó	Lloró	67	67	0%	3,4%
Nariño	El Charco	54	38	-30%	3,3%
Chocó	Bagadó	76	55	-28%	2,7%
Nariño	Olaya Herrera	27	11	-59%	2,6%
Guainía	Inírida	16	9	-44%	2,5%
Nariño	Magüí	14	25	79%	2,3%
Córdoba	Tierralta	35	18	-49%	2,3%
Chocó	Medio Atrato	57	31	-46%	2,1%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 27 de 2026 se han notificado 385 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, Bolívar, Santander, Sucre, Vaupés y Córdoba y notificaron el 87,8 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 56,1 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 14).

Figura 14. Casos notificados de malaria complicada por municipio de notificación, con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 27 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 27 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 37 municipios en incremento y 66 municipios en decremento (tabla 30).

Tabla 30. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 27 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 27 2025	Acumulado 2026	SE 27 2026	Esperado	Observado
Amazonas	La Chorrera (CD)	4	17	0	34	0	1	3
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	16	3	29	0	1	3
Amazonas	Leticia	4	363	24	106	4	11	35
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	132	1	0	4
Amazonas	Mirí - Paraná (CD)	4	10	0	30	0	1	3
Antioquia	Frontino	4	136	10	241	8	27	41
Antioquia	Medellín	3	11	0	10	0	1	4
Antioquia	Cáceres	4	380	15	391	17	38	52
Antioquia	Nechí	5	685	9	451	17	35	79
Antioquia	Yondó	4	38	1	57	0	0	2
Arauca	Saravena	4	372	10	86	0	4	10
Arauca	Arauquita	4	31	2	21	1	1	4
Bolívar	Rio Viejo	4	11	0	86	4	13	17
Bolívar	Achí	4	29	3	58	0	3	9
Bolívar	Montecristo	5	603	25	582	8	73	90
Cauquetá	La Montañita	4	7	0	6	1	0	5
Cauquetá	Florencia	4	235	1	106	1	2	8
Cauca	Timbiquí	5	845	20	589	9	92	113
Chocó	Condoto	4	135	3	143	0	18	30
Chocó	Nóvita	5	196	6	211	8	27	46
Chocó	Belén de Bajirá	5	100	2	338	10	9	53
Chocó	Lloró	5	1185	63	1066	18	110	146
Chocó	Istmina	5	754	42	842	16	82	97
Chocó	Unión Panamericana	5	138	4	145	8	21	27
Chocó	Juradó	4	200	11	583	23	24	92
Chocó	Rio Quito	5	387	10	540	17	109	114
Chocó	Carmen del Darién	5	570	18	434	36	54	104
Chocó	Sipí	4	158	1	114	3	12	18
Chocó	Cértégui	4	129	4	150	6	15	28
Guaviare	Calamar	4	110	1	133	14	12	27
Meta	Puerto Concordia	4	46	4	42	1	2	11
Meta	Puerto Rico	4	58	2	28	0	0	3
Meta	Puerto Gaitán	4	201	7	803	14	13	138
Meta	Puerto López	4	173	2	14	2	1	6
Meta	Villavicencio	4	36	2	25	1	2	5
Norte de Santander	Convención	4	1	0	6	3	1	4
Vichada	Puerto Carreño	4	168	4	328	1	6	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/buscar-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (28 de 2025 a 27 de 2026) es de 0,53 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Chocó, Vichada, y Risaralda (tabla 31).

El 83,2 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,8 % 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 (27,6 %) y en los de 1 año de edad (26,9 %). Así mismo, el 66,6 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 27 del 2026, se observó diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Caquetá, Guainía, Norte de Santander, Quindío, San Andrés y Vaupés; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 218 municipios a nivel nacional (19,4 %) y de disminución en 75 municipios (6,7 %). 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 32).

A semana epidemiológica 27 del 2026, se han notificado 11 436 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 11 384 corresponden a residentes en Colombia y 52 casos de residentes en el exterior.

Tabla 31. 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 27, 2025-2026.

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 27 de 2025	Casos a SE 27 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	11 696	11 384	0,53	19,4	6,7
La Guajira	888	882	1,56	20,0	13,3
Chocó	503	513	1,25	35,5	16,1
Vichada	118	105	1,14	0,0	0,0
Risaralda	260	263	0,75	21,4	7,1
Guaviare	44	39	0,74	0,0	25,0
Arauca	102	107	0,71	28,6	28,6
Magdalena	451	331	0,70	17,2	10,3
Cartagena de Indias	272	300	0,69	0,0	0,0
Cesar	531	517	0,63	28,0	20,0
Boyacá	276	293	0,61	13,0	1,6
Casanare	145	140	0,59	10,5	26,3
Antioquia	1619	1483	0,56	24,8	0,8
Bolívar	317	322	0,55	31,1	11,1
Vaupés	19	14	0,55	0,0	16,7
Bogotá, D.C	1 545	1 445	0,55	0,0	0,0
Nariño	392	418	0,54	26,6	6,3
Amazonas	42	31	0,54	27,3	9,1
Norte Santander	374	316	0,53	10,0	7,5
Putumayo	113	116	0,51	15,4	15,4
Cundinamarca	654	682	0,51	12,9	4,3
Meta	232	277	0,49	27,6	6,9
Sucre	209	229	0,46	42,3	0,0
Santiago de Cali	302	297	0,45	0,0	0,0
Valle del Cauca	368	347	0,44	30,0	2,5
Buenaventura	101	74	0,42	0,0	0,0
Huila	254	226	0,40	8,1	5,4
Tolima	178	191	0,38	17,0	4,3
Santa Marta	100	87	0,38	0,0	0,0
Córdoba	259	341	0,34	23,3	6,7
Caldas	101	110	0,34	14,8	3,7
Caquetá	84	83	0,34	6,3	18,8
Guainía	29	14	0,33	0,0	22,2
Barranquilla	154	107	0,32	0,0	0,0
Atlántico	172	182	0,29	18,2	27,3
Quindío	43	54	0,29	16,7	8,3
Santander	289	257	0,28	11,5	3,4
Cauca	153	181	0,28	26,2	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	10	0,27	100,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 28 de 2025 a SE 27 de 2026.

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

Tabla 32. 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 27 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	186	116
Risaralda	Dosquebradas	28	65
Sucre	Sincelejo	31	60
Tolima	Ibagué	33	59
Nariño	Pasto	44	47
Valle del Cauca	Tuluá	20	35
Antioquia	Rionegro	22	34
Cesar	Aguachica	17	34
Huila	Pitalito	17	29
Caldas	Manizales	33	27
Cauca	Popayán	19	27
Quindío	Armenia	31	26
Santander	Floridablanca	18	26
Boyacá	Duitama	17	24
Magdalena	Ciénaga	33	24
Valle del Cauca	Cartago	14	23
Santander	Girón	32	22
Antioquia	Apartadó	38	19
Santander	Piedecuesta	26	18
Cauca	Santander de Quilichao	12	17
Antioquia	Envigado	10	15
Atlántico	Sabanalarga	19	14
Atlántico	Malambo	19	11
Cundinamarca	Girardot	30	10
Norte de Santander	Villa del Rosario	31	8

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

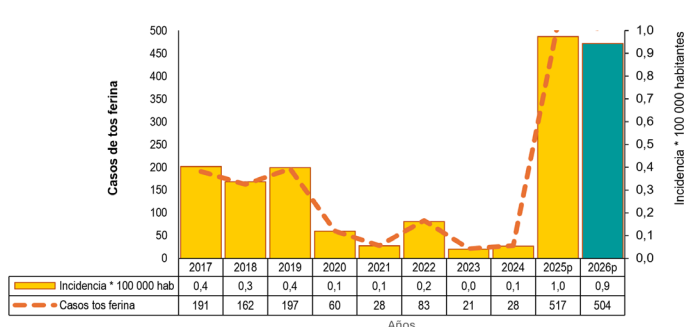
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 26 de 2026

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

Hasta la semana epidemiológica 26 de 2026, a nivel nacional se notificaron al Sivigila 3 171 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,2 % (514) correspondió a casos confirmados. De los 514 casos confirmados, 504 correspondieron a casos con procedencia nacional y fueron utilizados para el cálculo de incidencia; el 74,6 % (2 364) correspondió a casos descartados y el 9,2 % (293) permanece en estudio.

42 La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 26 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 517 casos confirmados para el mismo periodo (figura 15).

Figura 15. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 26, 2017 a 2026p

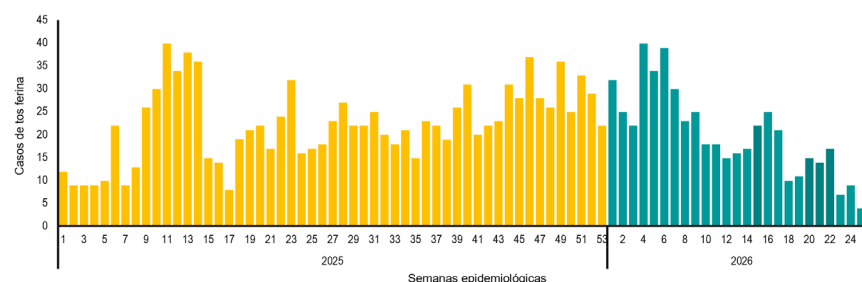


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026 (datos preliminares).

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 16 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 56,1 %, al pasar de 57 casos (semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2026) a 25 casos (semanas epidemiológicas 23 a 26 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 16. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 26 de 2026



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 26, de 2019 a 2026p

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 110 casos y una incidencia de 1,5 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, con 54 casos y una incidencia de 0,6 por cada 100 000 habitantes y Santander con 41 casos y una incidencia de 1,7 por cada 100 000 habitantes.

La tabla 33 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 33. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 26, 2019 a 2026p

Entidad territorial	Incidencias por 100 000 habitantes								Tendencia	2026
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026		
Colombia	0,38	0,12	0,05	0,15	0,04	0,04	0,91	0,90		504
Antioquia	0,49	0,17	0,09	0,12	0,03	0,04	1,82	1,58		110
Bogotá	0,55	0,09	0,01	0,03	0,03	0,04	2,39	0,68		54
Santander	0,22	0,13	0,17	0,04	0,00	0,00	0,25	1,70		41
Cartagena de Indias	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69	3,26		33
Cesar	0,16	0,31	0,00	0,00	0,07	0,07	0,48	1,81		27
Boyacá	0,49	0,08	0,08	0,00	0,23	0,00	0,08	1,70		22
Casanare	1,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,18		20
Norte de Santander	0,77	0,12	0,00	0,00	0,12	0,06	0,12	1,16		20
Bolívar	0,09	0,26	0,09	0,00	0,00	0,00	0,49	1,45		18
Cundinamarca	0,29	0,13	0,03	0,00	0,03	0,14	1,07	0,50		18
Santiago de Cali	0,09	0,31	0,00	0,00	0,13	0,09	0,35	0,70		16
Chocó	0,00	0,18	1,57	0,17	0,00	0,33	2,19	2,17		13
Risaralda	0,63	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50	0,99		10
Barranquilla	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,15	0,08	0,63		8
Cauca	0,20	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	0,50		8
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,35	0,40		8
Vaupés	79,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,73		7
La Guajira	0,00	0,10	0,00	5,90	0,00	0,00	0,66	0,65		7
Meta	0,10	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,52	0,60		7
Arauca	1,07	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,36	2,14		6
Magdalena	0,12	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,21	0,62		6
Caldas	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,14	0,57		6
Huila	0,18	0,35	0,00	0,00	0,00	0,17	1,90	0,49		6
Atlántico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38	0,37		6
Valle del Cauca	0,20	0,00	0,15	0,05	0,00	0,00	0,43	0,28		6
Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,69	2,59		4
Santa Marta	0,00	0,19	0,00	0,73	0,54	0,00	0,17	0,51		3
Sucre	0,22	0,21	0,10	0,00	0,00	0,00	0,29	0,29		3
Nariño	0,31	0,12	0,00	0,06	0,00	0,00	0,23	0,17		3
Putumayo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51		2
Tolima	0,15	0,00	0,07	0,07	0,00	0,14	0,07	0,14		2
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,16		1
Buenaventura	0,00	0,00	0,00	0,62	0,62	0,00	0,00	0,30		1
Caquetá	0,74	0,73	0,00	0,00	0,00	0,93	0,47	0,23		1
Quindío	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,36	0,18		1

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

En la semana epidemiológica 26 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 34 presenta los brotes actualmente identificados, junto con su distribución municipal y las fechas de inicio de síntomas y cierre.

Tabla 34. Brotes de tos ferina, 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	Toribio	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	Güicán	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	Urrao	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

Fuente: Instituto Nacional de salud, Colombia, Sivigila 2019 a 2026p. p: dato preliminar sujeto a validación.*La incidencia de Vaupés en

2019 corresponde a un brote registrado en población indígena de ese año.

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



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 14 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 1 001 casos probables, 54 confirmados (53 por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre el 04 de enero hasta el 02 de julio de 2026, el 98,1% procedente de Tolima y el 1,9 % de Meta. Se han notificado 26 muertes probables, 24 confirmadas, uno (1) excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla, un (1) caso en estudio, para una letalidad de 44,4 % (24/54)³.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 202 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 83 casos y un (1) caso se encuentra en estudio para una letalidad acumulada del 41,1 % (83/202).

Para 2026p, los casos confirmados de fiebre amarilla se presentaron en Tolima: Chaparral (21), 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 07 de julio y el 14 de julio de 2026, se confirmó un (1) caso de fiebre amarilla en humano, de procedencia el municipio de Chaparral (Tolima).

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.

[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, 14 de julio de 2026

Con corte al 14 de julio de 2026, se han notificado 1 482 casos sospechosos de sarampión en el país, de estos, 1 331 han sido descartados, 138 casos permanecen en estudio, en Bogotá, D.C. (54), Antioquia (42), Norte de Santander (7), Caldas y Nariño (4), Atlántico, Córdoba y Meta (3), Quindío, Sucre, Tolima y Valle del Cauca (2), Bolívar, Boyacá, Caquetá, Casanare, Chocó, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Risaralda y Santander un 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 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, 14 julio 2026.

Inundaciones por aumento de precipitaciones en Arauca y Casanare. Colombia. 14 de julio de 2026

Las intensas precipitaciones registradas durante las últimas semanas en la región de la Orinoquía han ocasionado el incremento de los niveles de los principales ríos de los departamentos de Arauca y Casanare, generando inundaciones, deslizamientos de tierra, daños en infraestructura y afectaciones sobre viviendas, cultivos, actividades pecuarias, vías de comunicación y sistemas de abastecimiento de agua. La persistencia de las lluvias mantiene un alto riesgo de nuevos crecientes súbitos y desbordamientos, por lo que las autoridades continúan el monitoreo permanente de las condiciones hidrometeorológicas y la implementación de acciones de respuesta.

En Arauca, la emergencia se intensificó a partir del 09 de julio de 2026 por el aumento de los niveles de los ríos Arauca, Banadía, Tame, Cusay, Ele, Bojabá y

Cravo Norte, afectando los municipios de Arauca, Arauquita, Fortul, Saravena, Puerto Rondón, Tame y Cravo Norte. Con corte al 13 de julio, se reportaban de manera preliminar 6 541 familias afectadas y más de 28 500 personas damnificadas, siendo Arauquita el municipio con mayor impacto, seguido por Tame y Puerto Rondón. Las inundaciones han ocasionado daños en puentes y corredores viales estratégicos, limitando la movilidad como el acceso a servicios básicos y de salud, especialmente en zonas rurales, motivo por el cual fue habilitado un corredor humanitario para garantizar el traslado de pacientes y la prestación de servicios asistenciales.

En Casanare, las lluvias intensas han provocado el aumento de los niveles de los ríos Casanare, Pauto, Cravo Sur, Ariporo y Tocarí, ocasionando inundaciones y movimientos en masa en municipios como San Luis de Palenque, Hato Corozal, Paz de Ariporo, Nunchía, Orocué, Trinidad, Yopal y otras localidades del departamento. La emergencia motivó la declaratoria de calamidad pública y de acuerdo con los reportes disponibles, ha dejado más de 8 300 familias damnificadas en 14 municipios, con importantes afectaciones sobre viviendas, infraestructura vial, áreas agrícolas y actividades ganaderas. En municipios como Nunchía y La Salina se han realizado evacuaciones preventivas debido al riesgo asociado con las crecientes y los deslizamientos.

Las autoridades territoriales, los consejos de gestión del riesgo y los organismos de socorro mantienen activados los mecanismos de respuesta, incluyendo censos de población afectada, evaluación de daños, entrega de ayudas humanitarias, habilitación de alojamientos temporales y acciones para garantizar el acceso a agua segura, atención en salud, elementos de higiene y recuperación de la movilidad en las zonas impactadas.

Desde el sector salud se fortaleció la vigilancia epidemiológica ante el incremento del riesgo de eventos asociados a las inundaciones. El deterioro del saneamiento básico y las dificultades en el acceso a agua potable favorecen la ocurrencia de enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRA), afecciones cutáneas y accidentes con animales ponzoñosos.

Como parte del seguimiento epidemiológico, el Sistema de Alerta Temprana identificó municipios con incremento de eventos de interés en salud pública en los territorios afectados. En Arauca se evidenciaron aumentos de accidente ofídico (Arauca y Arauquita), desnutrición aguda en menores de cinco años (Arauquita), dengue (Tame, Arauca, Arauquita y Fortul), agresiones por animales

potencialmente transmisores de rabia (Tame), intento de suicidio (Tame, Saravena y Arauca), malaria (Saravena), morbilidad materna extrema (Tame y Arauquita), tosferina (Saravena), IRA en hospitalización (Arauca y Arauquita), IRA en UCI (Saravena y Arauca) y enfermedad diarreica aguda (Arauca y Arauquita). En Casanare se identificaron incrementos de accidente ofídico (Yopal), dengue (Hato Corozal, Paz de Ariporo, Yopal y Nunchía), agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (Paz de Ariporo y San Luis de Palenque), morbilidad materna extrema (Paz de Ariporo, San Luis de Palenque y Villanueva), violencia de género e intrafamiliar (Pore, San Luis de Palenque, Trinidad y Nunchía), IRA en hospitalización (Villanueva) y enfermedad diarreica aguda (Villanueva y Chámeza).

Fuentes: Reportes de Situación (SITREP) del departamento de Arauca y Casanare, 14 de julio de 2026; Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta Temprana (SAT), monitoreo de medios, 8-12 de julio de 2026.

Situación de preparación de la vigilancia en salud pública ante las condiciones del fenómeno de El Niño, julio 14 de 2026

Las condiciones asociadas al fenómeno de El Niño continúan presentes en el territorio nacional y los pronósticos climáticos sugieren una posible intensificación durante los próximos meses. En este contexto, el Sistema de Alerta Temprana de Factores de Riesgo Ambiental del Instituto Nacional de Salud mantiene el monitoreo permanente de las condiciones meteorológicas y de los eventos de interés en salud pública sensibles a las variaciones climáticas, especialmente aquellos relacionados con temperaturas elevadas, déficit de precipitación y eventos hidrometeorológicos extremos.

De acuerdo con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), en el Informe Técnico Diario de Condiciones Hidrometeorológicas, Alertas y Pronósticos (ITD No. 194, actualizado el 13 de julio de 2026), se registraron temperaturas máximas iguales o superiores a 38,0 °C en diferentes municipios del país, principalmente en departamentos de las regiones Caribe e Interandina. Estos registros evidencian la persistencia de condiciones de calor extremo, las cuales pueden incrementar el riesgo de afectaciones en la salud, particularmente por estrés térmico, deshidratación y limitaciones en la disponibilidad de agua para consumo humano.

La evidencia científica y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han señalado que las altas temperaturas pueden favorecer el aumento de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y renales, así como agravar condiciones preexistentes y afectar la salud mental. Asimismo, estas condiciones pueden

propiciar la transmisión de enfermedades transmitidas por vectores, como dengue, malaria, zika y chikunguña, alterar la calidad e inocuidad del agua y los alimentos, incrementar el riesgo de enfermedades gastrointestinales e infecciones como la hepatitis A y favorecer la ocurrencia de incendios de cobertura vegetal con efectos sobre la calidad del aire y la salud respiratoria. Adicionalmente, los cambios ambientales pueden influir sobre la seguridad alimentaria, la salud materna e infantil y la exposición a otros riesgos asociados con la interacción entre humanos, animales y ecosistemas (1).

Durante la semana epidemiológica 27 de 2026, el Sistema de Alerta Temprana priorizó el seguimiento de 18 departamentos y varias ciudades debido al incremento de la temperatura ambiente y de la sensación térmica. Entre los territorios bajo vigilancia se encuentran Antioquia, Atlántico, Bolívar, Casanare, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santander, Tolima, Huila, Valle del Cauca y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, así como las ciudades de Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, Bogotá, D.C., Bucaramanga y Santiago de Cali, además del municipio de Palocabildo (Tolima).

Las condiciones de tiempo seco observadas en algunas regiones han favorecido la ocurrencia de incendios de cobertura vegetal y conatos de incendio en diferentes zonas del país. Entre los eventos reportados se encuentran los registrados en Maiporé (Soacha, Cundinamarca), el área de influencia del Nevado Santa Isabel (Tolima, Caldas y Risaralda), Murillo e Ibagué (Tolima), La Dorada (Caldas), el corregimiento de Macaján (Sucre), Policarpa (Nariño) y Copacabana (Antioquia), así como conatos controlados en Honda, Natagaima, Coello y Piedras (Tolima). Hasta el momento no se han reportado personas lesionadas ni afectaciones y no se registran incendios de cobertura vegetal activos con impacto sanitario relevante.

De manera simultánea, el monitoreo de medios y fuentes oficiales ha evidenciado la ocurrencia de eventos asociados a precipitaciones intensas en los departamentos de Arauca, Casanare, Boyacá, Santander, Norte de Santander y Vaupés. En estos territorios se han presentado crecientes súbitos, inundaciones, movimientos en masa, desbordamientos y procesos erosivos que han generado afectaciones en viviendas, infraestructura vial, sistemas de acueducto, servicios públicos y medios de vida de la población, particularmente en municipios como Arauquita, Tame, Saravena, Fortul, Puerto Rondón, Cravo Norte, San Luis de Palenque, Hato Corozal, Paz de Ariporo, Nunchía y Orocué. Aunque estos eventos no presentan una asociación directa con el fenómeno de El Niño, su potencial impacto sobre la salud pública y el acceso a servicios

esenciales requiere mantener el seguimiento continuo y la coordinación con las entidades territoriales para la evaluación e intervención oportuna de los riesgos. Durante la semana epidemiológica 26 de 2026 se observaron incrementos en varias entidades territoriales de eventos como dengue y dengue grave o con signos de alarma. Estos hallazgos refuerzan la importancia de mantener la vigilancia integrada entre los factores ambientales y epidemiológicos, con el fin de identificar tempranamente cambios en el comportamiento de los eventos y apoyar la toma de decisiones para la protección de la salud de la población (tabla 35).

Tabla 35. Comportamientos inusuales, eventos de interés en salud pública, Colombia, semana epidemiológica 26 de 2026

Evento de interés en salud pública	Entidades territoriales con comportamiento inusual
Morbilidad por IRA - Hospitalización en sala general	Cartagena, Córdoba, Magdalena
Morbilidad por IRA - Hospitalización en UCI	Casanare, La Guajira, Valle del Cauca
Malaria	Tolima
Dengue	Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena de Indias, Casanare, Cesar, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander y Santa Marta
APTR	Casanare
Accidente ofídico	Cartagena de Indias
EDA	Santa Marta y Santander
Zika	Antioquia
Chagas	Bolívar
Hepatitis A	Bolívar
Intento de suicidio	San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, semana epidemiológica 26, corte al 14 de julio de 2026
UCI: unidad de cuidados intensivos, **EDA:** enfermedad diarreica aguda, **IRAG:** infección respiratoria aguda grave,
APTR: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

Referencias

1. 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/BibliotecaDigital/boletin-clima-y-salud-junio-2026-separata.pdf>

Brotos de infecciones asociadas a la atención en salud en Colombia a junio de 2026

A corte de junio de 2026 se notificaron a nivel país 98 reportes de situaciones relacionadas con brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), evidenciando un incremento inusual en comparación con el comportamiento histórico para el mismo periodo (diferencia de 66,1%). Del total, el 49,0 % ingresó por aumento inusual, el 29,6 % por aparición de primera vez y el 21,4 % por cambios de perfil de resistencia a los antimicrobianos.

Durante el mes, 20 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) notificaron situación de brote, con un total de 41 casos afectados. Adicionalmente, se descartó una sospecha de brote. La distribución territorial de los brotes evidenció mayor concentración en Antioquia (9), Bogotá D.C. (3), Nariño (3), Caldas (1), Casanare (1), Norte de Santander (1), Risaralda (1), Santander (1) y Santiago de Cali (1).

Con relación a los agentes causales, se observó que los microorganismos asociados durante este mes fueron: *Klebsiella pneumoniae* (UPGD: 4, casos: 9), *Serratia marcescens* (UPGD: 3, casos: 5) y *Candida auris* (UPGD: 2, casos: 5). La distribución de los microorganismos se presenta en la tabla 36.

Tabla 36. Comportamiento de brotes de infecciones asociadas a la atención en salud desagregado por microorganismo y número de casos, Colombia, junio 2026

Brotos de IAAS							
Mes	Observado	Esperado	Microorganismos asociados	Nº. brotes	Nº. de casos	Proporción por nº brotes (%)	Proporción por nº de casos (%)
Junio	21	13	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4	9	19,0	22,0
			<i>Serratia marcescens</i>	3	5	14,3	12,2
			<i>Candida auris</i>	2	5	9,5	12,2
			<i>Acinetobacter baumannii</i>	2	3	9,5	7,3
			<i>Burkholderia cepacia</i>	2	1	9,5	2,4
			Virus sincitial respiratorio	1	2	4,8	4,9
			Varicela	1	2	4,8	4,9
			<i>Clostridioides difficile</i>	1	1	4,8	2,4
			<i>Klebsiella oxytoca</i>	1	2	4,8	4,9
			<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	1	1	4,8	2,4
			SARS CoV2	1	4	4,8	9,8
			<i>Staphylococcus aureus</i>	1	4	4,8	9,8
			Influenza tipo A	1	2	4,8	4,9
Total	21	13		21	41	100,0	100,0

Fuente: base de datos brotes de IAAS 2022-2026 (información preliminar).

Con base en el análisis epidemiológico de los brotes a corte del mes de junio 2026, se evidencia que el 63,3 % (62/98) se encuentra en estado abierto, considerando que la fecha de seguimiento hasta su cierre puede variar según el agente microbiológico asociado al brote y fecha de inicio de síntomas del último caso identificado. Se recuerda que los casos de infección extrainstitucional no cumplen con la definición operativa del evento por lo tanto se debe confirmar la relación con la atención en salud (la infección no estaba en incubación al ingreso, con aparición después de ≥ 48 horas de hospitalización, según el tipo de infección).

Como recomendación final, se insta a todas las entidades territoriales a fortalecer las acciones de vigilancia de los brotes de IAAS, asegurando la notificación inmediata de las sospechas de brote dentro de las primeras 24 horas posteriores a su identificación, con criterios de calidad y oportunidad de la información. De igual manera, es indispensable cumplir con el envío oportuno de los informes de situación (SITREP) correspondientes a las 72 horas y de avance, así como remitir los aislamientos microbiológicos asociados a los casos de brotes confirmados por laboratorio, de conformidad con lo establecido en el protocolo nacional de vigilancia del evento.

ALERTAS INTERNACIONALES

Alerta epidemiológica sobre dermatofiosis por *Dermatophilus congolensis*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 10 de julio de 2026

Entre diciembre de 2025 y junio de 2026, se han identificado algunos conglomerados de enfermedades cutáneas causados por *Dermatophilus congolensis*, sin antecedente de contacto con animales, en Alemania (17 casos), Austria (17), España (14), Francia (40), Noruega (10) y Suecia (4). La mayoría de estos brotes se han asociado con una posible transmisión de persona a persona mediante contacto sexual, predominantemente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), especialmente en individuos que reportan asistencia a establecimientos dedicados a encuentros sexuales.

La dermatofiosis es una enfermedad de la piel causada por *Dermatophilus congolensis*, una actinobacteria anaerobia facultativa, Gram positiva que principalmente afecta bovinos u otros animales domésticos y salvajes. Las infecciones en seres humanos se han descrito de manera esporádica, asociadas

a exposición zoonótica a ganado, animales silvestres o ambientes contaminados; en La Américas solo se han reportado cuatro (4) casos asociados a exposición zoonótica.

La situación de riesgo actual en la región de las Américas podría considerarse baja. Sin embargo, la realización de eventos masivos en la región durante estos meses podría generar condiciones que favorezcan una mayor interacción física cercana, por lo que se recomienda mantener una vigilancia continua de la situación epidemiológica. La OPS recomienda concientizar y entrenar a los profesionales de la salud y laboratorios para, tras la sospecha clínica y toma de muestra, facilitar la confirmación microbiológica y la caracterización genómica.

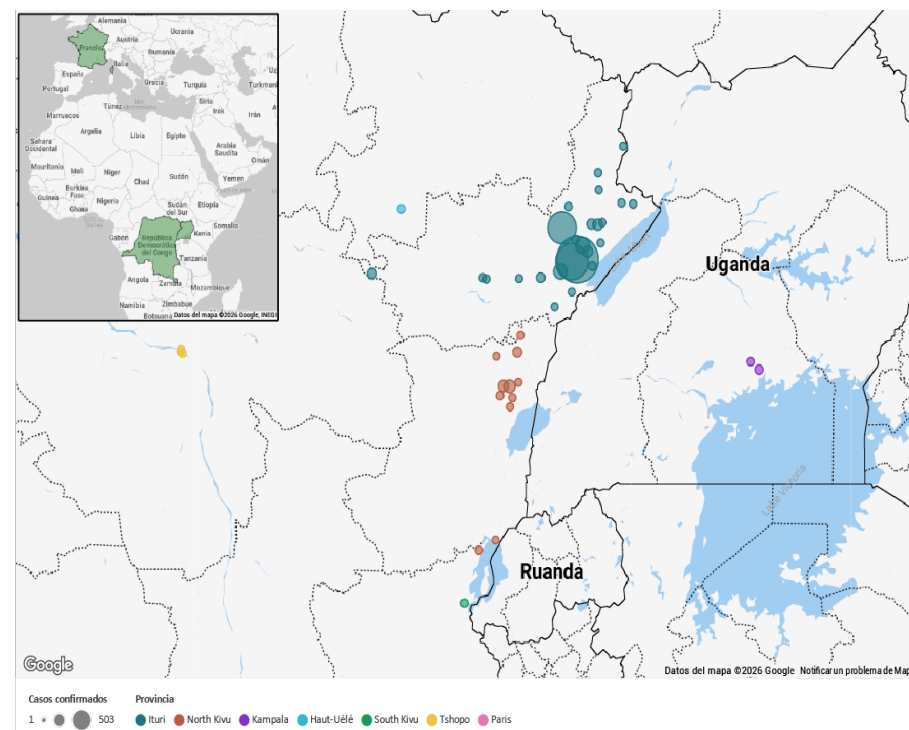
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica dermatofilirosis por *Dermatophilus congolensis*. Fecha de publicación: 10 de julio de 2026. Fecha de consulta: 11 de julio de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/07/2026-jul-09-phe-alerta-epi-dermatophilosis-por-dcongolensis.pdf>

Actualización del brote de la enfermedad por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo, Uganda y Francia. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 12 de julio de 2026

Con corte a 12 de julio de 2026, se han confirmado en total 1 984 casos; 1 963 de la República Democrática del Congo (RDC), 20 de Uganda y uno de Francia (vinculado a la RDC); se han notificado 721 muertes, incluidas dos en Uganda.

La situación epidemiológica en la República Democrática del Congo se ha deteriorado desde el anterior informe de situación, con transmisión sostenida y continua expansión geográfica. Desde el último reporte con corte a 03 de julio, se han notificado 339 casos confirmados adicionales y 198 fallecimientos confirmados, lo que representa un aumento del 20,9 % y del 38,0 % en el total acumulado de casos confirmados y fallecimientos, respectivamente. La tasa bruta de letalidad entre los casos confirmados aumentó del 32,1 % al 36,6 %, lo que probablemente refleja la detección tardía de casos, la demora en la atención médica y la persistente alta proporción de fallecimientos en la comunidad, más que un aumento en la gravedad de la enfermedad. La propagación geográfica también continuó, con el brote extendiéndose de tres a cinco provincias afectadas tras la confirmación de casos en las provincias de Haut-Uélé y Tshopo. El número de zonas sanitarias afectadas aumentó de 36 a 42, y Wamba (provincia de Haut-Uélé), Ariwara y Boga (provincia de Ituri) y Lubunga, Makiso-Kisangani y Mangobo (provincia de Tshopo) notificaron sus primeros casos confirmados.

Mapa 5. Distribución de casos confirmados de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo y Uganda a 12 de julio de 2026.



Elaboración propia con datos de la OMS

Las zonas sanitarias más afectadas siguen siendo Bunia (503 casos, 156 muertes), Rwampara (384 casos, 89 muertes), Mongbwalu (329 casos, 171 muertes), Nizi (110 casos, 36 muertes), Nyankunde (97 casos, 23 muertes), Mangala (50 casos, 29 muertes) y Lita (45 casos, 19 muertes), todas ubicadas en la provincia de Ituri, junto con Katwa (71 casos, 47 muertes), Butembo (44 casos, 20 muertes) y Beni (30 casos, 20 muertes) en la provincia de Kivu del Norte.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). BUNDIBUGYO VIRUS DISEASE OUTBREAK Democratic Republic of the Congo | Uganda | France Weekly External Situation Report 09, Data as of 12 July 2026. Fecha de publicación 12 de julio de 2026. Fecha de consulta: 14 de julio de 2026. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/46bd6014-40e9-4b5e-9046-9687ce6568c3/content>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 27 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 27

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	29	1	1	289	32	38	472	23	59	69	9	7	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Antioquia	314	14	11	11507	1381	1634	2168	330	498	805	136	188	19	4	2	179	64	18	54	6	4
Arauca	67	2	4	583	58	80	1499	145	383	492	42	128	15	2	5	0	1	0	21	2	4
Atlántico	43	4	4	2364	281	330	1756	118	223	791	66	96	17	5	2	1	1	0	9	2	1
Barranquilla D.E.	6	0	1	2686	263	382	1814	80	148	803	37	84	16	2	0	3	1	0	20	2	2
Bogotá D.C.	1	0	0	13181	1705	1899	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37	16	16	2	0	0
Bolívar	140	7	4	1655	204	231	4724	302	1020	1876	148	415	69	6	12	3	0	0	3	1	0
Boyacá	44	2	2	3906	484	559	174	33	63	82	12	25	1	0	0	4	1	0	2	0	0
Buenaventura D.E.	13	0	1	82	11	12	80	25	15	27	9	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Caldas	43	1	2	2325	281	356	114	23	23	48	14	5	2	0	2	3	2	0	19	3	2
Santiago de Cali D.E.	8	0	1	2969	390	413	824	476	144	301	190	46	2	5	0	3	23	0	88	11	1
Caquetá	94	2	3	663	90	77	365	101	45	189	52	20	9	1	2	0	0	0	5	1	1
Cartagena de Indias D.T.	14	0	1	1415	131	214	2558	113	250	496	38	48	25	3	3	1	0	0	2	0	0
Casanare	86	3	6	1219	117	152	2215	212	840	663	79	235	14	3	10	1	3	0	5	1	1
Cauca	71	1	1	3502	435	475	112	81	16	40	27	6	1	1	0	2	10	0	14	1	0
Cesar	129	8	8	1726	197	262	4993	219	637	2821	143	323	31	5	4	1	1	0	22	5	1
Chocó	120	2	1	192	17	20	547	108	115	128	19	31	7	1	2	0	0	0	1	0	1
Córdoba	184	5	7	2985	379	408	2021	292	284	846	146	136	10	4	1	1	1	0	2	0	0
Cundinamarca	55	0	4	8835	1033	1236	924	174	179	324	79	54	6	1	0	7	3	0	5	1	0
Guainía	5	0	0	145	12	11	7	4	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	50	2	2	205	58	25	481	32	189	90	7	28	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	80	3	6	3974	360	599	765	207	126	297	86	49	35	6	3	7	1	0	24	4	0
La Guajira	69	6	3	1372	240	190	2872	99	237	1533	69	127	52	2	2	2	1	0	4	1	0
Magdalena	89	7	4	1399	182	175	3444	95	432	1738	64	234	27	2	2	0	1	0	4	1	2
Meta	151	6	5	2563	294	347	9923	549	1959	3008	191	551	89	5	15	9	8	2	16	2	2
Nariño	64	1	3	4391	530	629	417	67	79	184	22	28	5	1	2	2	1	0	7	1	1
Norte de Santander	196	7	15	4158	458	590	3592	308	561	1368	150	184	62	5	8	17	15	1	4	0	0
Putumayo	84	4	2	1091	126	162	309	102	61	78	28	19	4	1	1	0	0	0	4	0	0
Quindío	9	0	0	1943	226	306	210	27	57	45	9	12	4	0	3	0	1	0	3	0	0
Risaralda	42	1	1	2505	322	351	122	27	30	50	12	16	1	0	0	7	3	4	10	1	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	203	26	30	9	3	2	3	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	21	0	0	1130	126	160	1936	28	108	868	17	55	8	1	0	1	0	0	6	1	0
Santander	111	5	3	4741	517	649	3823	478	566	1420	203	236	24	5	5	51	3	3	6	1	0
Sucre	52	3	4	1649	194	263	972	268	191	464	160	83	12	6	3	1	0	1	1	0	0
Tolima	92	1	3	4348	501	650	1875	392	369	550	155	97	23	4	4	2	3	0	14	2	2
Valle del Cauca	42	1	1	5307	607	751	938	374	209	316	146	73	6	2	2	1	1	0	38	7	6
Vaupés	23	1	1	125	16	10	30	5	19	5	0	1	0	0	0	1	0	0	7	1	0
Vichada	25	0	2	131	20	17	57	16	10	19	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	2.666	100	117	103.464	12.305	14.693	59.142	5.936	10.147	22.839	2.574	3.649	598	83	96	350	166	45	423	58	31

51

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 27

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	1258	150	113	1	6	0	3281	604	320	197	14	21	0	0	0	1557	405	190	7	9	7
Antioquia	4732	1080	685	135	97	28	538581	85213	67574	22076	3804	2452	2208	942	636	207234	33359	31266	385	442	385
Arauca	135	6	15	5	6	1	11716	2520	1993	1285	174	369	31	7	7	4411	788	611	31	32	31
Atlántico	0	0	0	3	13	1	78415	13761	9816	2036	274	168	1370	218	276	31359	5274	5761	62	116	62
Barranquilla D.E.	0	0	0	12	18	2	114135	19802	15215	6141	497	603	725	314	224	41344	7181	6221	108	140	108
Bogotá D.C.	0	0	0	106	106	44	818767	170131	117723	40309	7393	5716	5036	2160	1536	390896	54139	52710	389	412	389
Bolívar	1065	141	158	16	12	7	72608	12613	10311	1778	235	260	245	92	82	17163	3280	2176	105	117	105
Boyacá	138	0	7	21	13	2	65095	14377	10854	3756	687	654	212	112	71	24986	3984	3319	55	74	55
Buenaventura D.E.	866	197	157	10	5	4	5585	817	1048	27	10	0	8	0	2	1789	571	275	32	41	32
Caldas	10	2	2	14	6	4	45660	8623	6301	1937	339	253	737	214	228	17019	2826	2464	47	52	47
Santiago de Cali D.E.	3	1	2	62	41	14	130117	26266	16800	3278	673	373	351	90	57	86733	12390	13637	127	154	127
Caquetá	239	11	21	13	9	7	18654	3826	2789	1380	187	201	13	14	4	8641	1565	1084	31	34	31
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	10	12	2	91562	17862	12036	6346	406	1017	951	262	329	27443	4702	3585	84	122	84
Casanare	22	3	2	7	3	3	13106	3335	2604	232	83	42	87	18	20	5856	1140	818	21	40	21
Cauca	1147	281	212	26	13	8	54871	11214	7069	2562	290	324	125	84	24	20451	4899	2959	102	126	102
Cesar	9	3	1	24	11	8	59275	12229	7436	2737	677	423	219	78	73	13067	4078	1662	113	135	113
Chocó	11234	2507	1820	14	7	3	13915	2052	1503	720	165	98	23	5	12	9159	996	1184	80	95	80
Córdoba	2735	894	366	10	13	4	111377	18653	15418	5983	514	807	956	239	255	25308	5024	3362	136	198	136
Cundinamarca	0	0	0	45	29	15	186795	34985	25841	8740	1300	1520	584	413	192	86246	11727	11206	195	215	195
Guainía	1949	270	106	0	0	0	929	214	147	55	24	4	0	0	0	845	132	97	14	11	14
Guaviare	655	93	71	1	2	1	2984	730	543	561	43	82	35	7	9	2246	286	310	3	8	3
Huila	1	0	1	19	11	5	43085	12210	6855	2668	575	430	342	127	109	20929	3874	2946	93	94	93
La Guajira	12	1	0	6	8	2	142679	17353	22564	2147	507	254	407	74	111	22272	4428	3288	140	206	140
Magdalena	6	1	1	8	9	6	68381	8517	9126	2099	273	374	14	11	2	18901	3806	2360	62	99	62
Meta	1004	53	175	8	8	3	45583	9379	8443	1892	364	378	127	97	39	25276	4318	3443	77	94	77
Nariño	2040	943	203	41	28	10	63682	14640	7704	4348	555	542	105	36	30	24660	5761	3103	93	108	93
Norte de Santander	422	130	70	43	21	10	91331	13194	9619	6389	930	835	526	151	108	28859	5366	3717	88	114	88
Putumayo	50	6	6	5	6	1	21538	2923	3110	736	149	133	29	13	8	7776	1019	949	19	31	19
Quindío	2	2	0	9	3	2	28407	6492	3369	1566	292	263	295	74	82	16895	2583	2208	33	31	33
Risaralda	1358	329	126	40	12	14	59789	9951	9600	1873	377	237	190	65	48	21871	3680	3093	54	58	54
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	2	0	3312	699	490	438	77	49	9	1	4	1245	291	165	2	6	2
Santa Marta D.T.	0	0	0	7	4	2	31548	5742	4322	2051	197	266	461	138	146	10840	1365	1463	41	47	41
Santander	11	1	1	64	26	22	140136	19942	17064	9431	1358	1357	1379	399	408	58317	6925	13533	97	117	97
Sucre	28	7	5	13	8	2	54149	8225	7234	4182	600	456	526	238	132	13427	3268	2161	68	96	68
Tolima	20	0	4	11	11	1	74695	14899	8847	5440	686	557	252	109	95	31798	4896	4433	60	79	60
Valle del Cauca	20	6	6	25	25	6	76129	14763	10523	2140	310	329	614	122	163	37416	6378	5055	88	110	88
Vaupés	763	213	387	4	3	1	3289	405	378	68	15	7	0	3	0	1524	112	258	4	7	4
Vichada	1083	105	98	2	3	0	1225	482	203	2	3	0	0	0	0	857	237	180	21	20	21
Total nacional	33.020	7.586	4.508	841	633	245	3.386.386	619.643	462.792	159.606	25.057	21.854	19.192	6.917	5.522	1.366.616	217.051	197.252	3.167	3.891	3.167

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 27

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	0	62	4	1	1	0	0
Antioquia	7	7	0	318	52	36	11	3	0	873	75	52	1448	199	130	181	37	41
Arauca	2	0	0	17	1	0	0	1	0	24	1	2	59	10	2	6	2	0
Atlántico	1	2	0	40	5	1	1	0	0	14	1	1	442	74	30	27	8	9
Barranquilla D.E.	1	1	0	96	9	8	0	0	0	37	4	4	573	62	38	55	17	23
Bogotá D.C.	12	7	1	811	111	124	452	3	24	795	124	74	2627	397	330	744	182	255
Bolívar	6	2	0	25	3	5	1	0	0	23	2	1	262	28	24	13	3	0
Boyacá	1	1	0	85	15	11	9	1	0	68	5	7	403	60	43	71	13	26
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	21	2	1	0	0	0
Caldas	2	1	0	22	5	4	2	0	0	20	2	2	258	27	49	7	1	0
Santiago de Cali D.E.	0	2	0	78	20	5	0	0	0	26	3	2	565	74	61	60	9	14
Caquetá	0	1	0	17	2	2	1	0	0	3	1	0	130	13	6	2	0	1
Cartagena de Indias D.T.	0	2	0	35	4	3	0	0	0	47	2	3	264	39	16	29	7	2
Casanare	1	1	0	33	2	3	0	0	0	43	1	0	129	13	10	3	1	1
Cauca	0	2	0	32	5	4	2	0	0	24	1	5	152	23	13	43	4	5
Cesar	1	3	0	47	4	5	0	0	0	61	3	11	406	31	31	13	2	5
Chocó	0	1	0	3	0	0	0	0	0	104	6	5	16	5	1	7	1	0
Córdoba	2	3	0	93	12	11	0	0	0	14	1	0	673	81	49	31	2	4
Cundinamarca	3	4	0	202	31	22	153	2	6	143	28	11	1223	158	173	135	30	44
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	0	0	1	0	2	0	0	28	2	1	2	1	0
Huila	6	2	0	84	12	7	3	1	0	29	8	3	235	35	41	6	0	1
La Guajira	0	2	0	16	2	1	0	0	0	30	1	2	221	21	32	14	3	3
Magdalena	1	2	0	17	2	2	0	1	0	11	2	0	202	20	25	3	2	0
Meta	5	1	0	35	7	4	7	1	0	95	8	12	219	47	22	20	5	6
Nariño	7	2	0	70	13	7	1	1	0	48	9	7	429	54	55	16	2	1
Norte de Santander	1	2	0	102	14	12	0	0	0	89	4	9	952	69	53	13	2	6
Putumayo	1	1	0	32	3	6	0	1	0	16	1	0	88	19	5	8	0	3
Quindío	0	1	0	33	4	1	1	1	0	18	1	2	187	24	20	22	3	3
Risaralda	0	1	0	30	5	1	1	0	0	77	1	1	287	39	33	12	2	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	4	0	0	0	1	0	3	0	0	46	2	2	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	10	1	1	0	0	0	12	10	0	148	8	18	6	1	5
Santander	3	3	0	47	8	4	1	0	0	155	10	4	597	58	43	55	20	16
Sucre	2	1	0	27	7	2	2	1	0	25	9	0	269	30	39	24	4	2
Tolima	4	2	0	23	6	2	6	1	0	20	4	0	366	62	57	21	4	4
Valle del Cauca	2	3	0	83	15	10	1	0	0	10	2	2	588	82	59	14	3	3
Vaupés	0	0	0	3	0	0	1	1	0	91	1	4	14	0	0	2	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	3	1	0	19	1	0	67	2	5	1	1	0
Total nacional	73	61	1	2.574	408	304	660	21	30	3.079	328	226	14.669	1.891	1.518	1.668	372	484

53

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 27

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	33	31	0	0	40	52	8	3
Antioquia	1	1	0	0	1177	1483	0	1	2808	2960	649	361
Arauca	1	0	0	0	157	107	0	0	89	135	12	10
Atlántico	0	0	0	0	203	182	0	0	502	459	1	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	126	107	0	0	484	481	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	1837	1445	0	0	2808	3189	0	0
Bolívar	0	2	0	0	264	322	0	0	304	258	237	222
Boyacá	2	0	0	0	276	293	0	0	550	490	101	65
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	89	74	0	0	52	51	9	15
Caldas	0	0	0	0	102	110	0	2	635	645	112	54
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	271	297	1	0	912	1061	1	1
Caquetá	0	0	0	0	109	83	0	0	131	111	144	88
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	181	300	0	0	300	320	1	0
Casanare	6	0	0	0	189	140	0	0	154	137	4	4
Cauca	0	0	0	0	169	181	0	0	447	473	31	13
Cesar	3	0	0	0	424	517	0	0	316	319	116	202
Chocó	0	0	0	0	457	513	0	0	64	98	141	118
Córdoba	1	2	0	0	311	341	0	0	553	607	111	68
Cundinamarca	1	0	0	0	725	682	1	0	1209	1481	112	60
Guainía	0	0	0	0	33	14	0	0	15	12	10	6
Guaviare	0	0	0	0	57	39	0	0	31	37	169	82
Huila	0	0	0	0	245	226	0	1	440	447	5	7
La Guajira	0	0	0	0	994	882	0	0	156	179	17	21
Magdalena	0	0	0	0	346	331	0	0	201	199	4	6
Meta	1	0	0	0	244	277	0	0	369	322	108	64
Nariño	0	0	0	0	388	418	0	0	783	773	140	63
Norte de Santander	1	1	0	0	387	316	0	0	584	654	132	75
Putumayo	0	0	0	0	114	116	0	0	168	132	156	30
Quindío	0	0	0	0	58	54	0	0	273	279	0	0
Risaralda	0	0	0	0	241	263	0	0	635	646	65	43
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	6	10	0	0	13	20	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	62	87	0	0	159	167	8	9
Santander	3	0	0	0	265	257	0	0	874	897	400	519
Sucre	1	0	0	0	152	229	0	0	260	239	62	55
Tolima	1	0	0	0	192	191	0	0	620	595	132	59
Valle del Cauca	0	0	0	0	277	347	0	1	692	760	9	5
Vaupés	0	0	0	0	34	14	0	0	43	39	25	3
Vichada	0	0	0	0	160	105	0	0	13	21	20	24
Total nacional	23	6	0	0	11.353	11.384	2	5	18.685	19.745	3.124	2.437

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 27

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1
Antioquia	19	5	13	7	4	2	15	22	7	5	72	257
Arauca	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	3	1
Atlántico	2	1	4	0	1	0	2	3	3	0	17	16
Barranquilla D.E.	4	1	2	0	1	1	2	4	1	1	13	17
Bogotá D.C.	1	2	11	10	0	1	24	16	0	0	82	637
Bolívar	3	2	4	0	1	0	4	7	3	3	13	4
Boyacá	1	0	2	1	1	0	3	1	1	0	13	16
Buenaventura D.E.	1	1	1	0	0	1	2	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	24	32
Caquetá	7	0	2	3	0	0	5	1	2	0	4	4
Cartagena de Indias D.T.	5	2	3	4	1	0	4	4	1	0	10	29
Casanare	0	1	1	1	1	0	1	3	1	0	5	6
Cauca	1	0	5	2	2	1	6	3	0	1	17	1
Cesar	1	0	7	4	4	3	4	8	9	6	16	16
Chocó	1	0	7	5	13	10	20	19	23	17	6	10
Córdoba	2	0	5	0	1	0	6	10	4	1	21	24
Cundinamarca	3	1	6	4	0	0	8	7	0	0	37	90
Guainía	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1
Guaviare	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Huila	4	3	3	1	0	1	4	2	2	0	13	32
La Guajira	0	0	9	6	16	9	20	15	26	12	11	2
Magdalena	1	0	3	3	1	3	4	2	9	0	10	5
Meta	0	0	2	1	1	3	4	7	3	0	12	21
Nariño	1	2	6	4	0	2	7	5	2	0	18	20
Norte de Santander	2	0	4	0	1	0	3	3	2	0	18	41
Putumayo	0	0	1	0	0	2	2	0	1	1	4	5
Quindío	3	1	1	1	0	0	2	1	0	0	6	12
Risaralda	5	1	3	2	6	2	5	6	5	0	10	12
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Santa Marta D.T.	2	0	2	1	1	1	1	0	0	1	6	10
Santander	3	3	3	0	0	1	2	3	1	0	25	31
Sucre	1	1	2	2	0	1	3	1	1	0	11	11
Tolima	6	5	3	2	1	1	5	5	0	1	14	19
Valle del Cauca	2	0	2	1	1	0	6	2	3	1	22	47
Vaupés	0	0	0	0	2	2	1	0	2	0	1	0
Vichada	0	0	1	1	1	0	2	3	6	6	2	0
Total nacional	334	289	120	67	73	48	195	165	129	56	554	1.444

55

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 27

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	39	1	0	332	288
Antioquia	83	64	646	782	1	1	1966	2607	64	66	11850	9023
Arauca	17	11	95	88	0	0	74	72	1	1	633	736
Atlántico	20	9	189	187	1	0	255	342	9	14	1337	1309
Barranquilla D.E.	24	15	218	202	1	2	453	508	11	19	1322	1593
Bogotá D.C.	70	54	459	547	0	0	697	787	20	22	16117	15920
Bolívar	22	10	158	161	1	3	110	122	3	2	1230	1261
Boyacá	14	5	56	48	0	0	90	107	1	1	2313	2223
Buena Ventura D.E.	13	8	81	84	0	0	95	120	3	5	192	165
Caldas	10	8	72	85	0	0	174	173	2	4	1584	1789
Santiago de Cali D.E.	14	18	246	369	0	0	797	793	27	21	3961	3334
Caquetá	5	3	45	40	0	0	140	160	3	5	577	556
Cartagena de Indias D.T.	38	24	185	240	0	0	244	305	3	7	757	997
Casanare	20	16	74	89	0	0	84	112	3	2	456	568
Cauca	9	6	96	122	0	0	159	143	2	1	1752	1761
Cesar	23	16	176	157	1	0	242	268	2	7	1063	1117
Chocó	27	19	135	118	0	0	126	142	1	0	230	268
Córdoba	14	13	167	154	2	0	154	175	4	2	1800	1768
Cundinamarca	37	19	202	246	0	0	278	360	7	10	7322	8034
Guainía	3	5	9	9	0	0	12	12	0	0	109	112
Guaviare	2	2	14	10	0	0	20	29	1	0	164	235
Huila	6	10	81	97	0	1	240	246	5	4	3240	3313
La Guajira	34	17	203	168	0	0	297	417	4	6	707	755
Magdalena	17	6	126	134	1	0	100	114	1	4	750	723
Meta	28	42	131	172	0	0	355	396	12	12	1298	1411
Nariño	9	10	124	136	0	1	98	137	3	5	2356	2703
Norte de Santander	51	15	270	253	0	0	387	487	8	8	1983	2258
Putumayo	3	4	53	52	0	1	57	63	2	0	727	910
Quindío	5	6	50	57	0	0	148	173	2	5	1376	1339
Risaralda	16	7	95	106	0	1	338	385	12	5	1922	1947
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	4	3	0	0	6	9	0	1	126	132
Santa Marta D.T.	10	5	68	111	0	0	145	179	3	1	369	324
Santander	36	13	233	253	0	0	577	754	15	12	3328	3728
Sucre	9	8	111	104	0	1	56	50	0	1	963	964
Tolima	13	15	83	109	0	1	313	402	8	10	1664	1798
Valle del Cauca	15	15	167	242	0	0	391	584	12	13	3775	3899
Vaupés	1	2	3	4	0	0	11	16	0	0	145	227
Vichada	5	5	23	21	0	0	18	15	0	0	128	129
Total nacional	754	506	5.305	5.773	6	12	9.737	11.803	255	276	79.959	79.617



Semana epidemiológica 27

05 al 11 de julio de 2026

TEMA CENTRAL Accidente ofídico

Accidente por otros animales venenosos

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: Daniela Alexandra Jiménez Bohórquez. **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. **Brotos y alertas: Gestor sistema de alerta temprana,** Helen Del Carmen Peña Fontalvo, Dora Mariela Callejas, Sandra Milena Rivera, Viviana Carolina Moreno, Nieves Johana Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Paola Natalí Cortés, 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.

57 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.27>